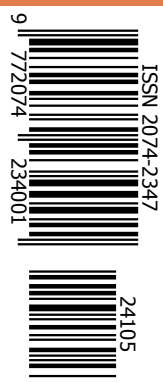


Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#2 [105] 04 / 2024 / StatusPraesens

тема
No **1**
Оказываем
услугу
или вкладываем
душу?



Репродуктивный скрининг: надежды и перспективы • «Рефрешинг» — новая рубрика журнала SP. Обновляем знания вместе! • M. genitalium — причина или условие для развития цервицита? • Дефицит витамина D во время беременности: кто должен лечить? • Эстрогенная насыщенность как фактор патогенности и вирулентности грибов рода *Candida* • ИППП у беременных: как акушеру-гинекологу устоять и не вмешиваться в терапию?



Уважаемые коллеги!



Продолжение рода всегда было самой актуальной проблемой для общества. Беременная, **росток новой жизни**, становится богиней в миниатюре — роженицей Богородицей и матерью-прародительницей. Никто не может доказать или опровергнуть истинность этих представлений. В связи с этим **акушерство рано выделилось из медицины** в силу своей специфики, видимой и слышимой во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также в силу несчастий, которые сопровождают не только естественный родовой акт, но и оперативное родоразрешение.

В настоящее время, учитывая высокую **коморбидность** будущих матерей, возникает необходимость **в междисциплинарном подходе** к подготовке и ведению гестации. С целью исключения управляемых медико-биологических факторов отечественные учёные и руководители практического здравоохранения **разработали и применяют** систему непрерывного образования, стандарты оказания медицинской помощи, протоколы и клинические рекомендации.

Много внимания наше государство и президент Российской Федерации В.В. Путин уделяют социально-экономическим проблемам материнства и детства, чтобы сохранить здоровье матери и ребёнка и **улучшить демографическую ситуацию**.

При этом одна из главенствующих проблем — это **информационное образование** населения, направленное на **сохранение здоровья** и поддержание здорового образа жизни с использованием гигиенических навыков. Медицинское сообщество приветствует возрождение общества «Знание», а также методы оздоровления граждан, начиная с прегравидарной подготовки и заканчивая старостью.

Сегодня специалист, особенно амбулаторного звена, должен учитывать предикторы, факторы риска и начальные признаки нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, а также осуществлять **диспансерное наблюдение** женского населения. Качественное управление здоровьем пациенток позволит предотвратить катастрофические ситуации в акушерской практике и дать семье и государству здорового ребёнка.

Коллеги, призываю и вас включить в систему своей жизни **компоненты здорового образа жизни**, учитывая сложность нашей работы и наличие физических, психоэмоциональных нагрузок и стрессовых ситуаций.

Лауреат премии Правительства РФ в области науки, засл. работник здравоохранения Удмуртской Республики, председатель Удмуртской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов», зав. кафедрой акушерства и гинекологии ИГМА, докт. мед. наук, проф. **Ф.К. Тетелютина**

StatuS

гинекология акушерство

2 [105] 04 / 2024 / 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 Рагзинский
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
Заместитель редакционного директора по науке: канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов
Ответственные секретари редакции: Полина Геннадьевна Плешкова, Валентина Андреевна Тихонова
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 Раевская, Сергей Дьяконов, Виктория Москвичёва, Ольга Быкова, Анна Жукова, Мила Мартынова, Никита Катаев
Препресс-директор: Нелли Демкова
Художественный директор: Лина Тавдумадзе
Арт-директор: Латип Латипов
Руководитель группы вёрстки: Юлия Скуточкина
Выпускающий редактор: Марина Осипова
Инфографика и дизайн: Юлия Крестьянинова, Елена Шибайева, Ирина Великанова, Ирина Климова
Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская
Руководитель отдела продаж: Галина Нестерова (gn@praesens.ru)
Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 29 апреля 2024 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика» 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №28815. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак») обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдумадзе. Иллюстрация на обложке © RLT_Images / Коллекция/iStock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock.

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

raesen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Рагзинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамьян Лейла Владимировна (Москва)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Виноградова Ольга Павловна (Пенза)
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)
Конопляников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Кущенко Ирина Георгиевна (Томск)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)

Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пашов Александр Иванович (Калининград)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)
Попандопуло Виктория Александровна (Майкоп)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)
Салов Игорь Аркадьевич (Саратов)
Самойлова Алла Владимировна (Москва)
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семятов (аид) 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)
Юпатов Евгений Юрьевич (Казань)

СтатусПра

гинекология акушерства

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Лекарство от иллюзий

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Рагзинский о первостепенных задачах, нерешённых и нерешаемых проблемах амбулаторной гинекологии

12 НОВОСТИ

15 ИНФОРМАЦИОННОЕ ОПЫЛЕНИЕ

Антиэйджинг: активное долголетие как доступный выбор

Предикция преждевременной гибели как система базовых мероприятий медицины активного долголетия

Маклецова С.А.

Сегодня, вложив труд и интеллект, мы действительно способны перешагивать 100-летний рубеж в ясном уме и хорошей физической форме. Пора осознать: стареть сохранно и даже красиво или преждевременно погибнуть либо дряхлеть — выбор каждого человека.

19 ШКОЛА ЮРИДИЧЕСКОЙ САМООБОРОНЫ

Без суда и следствия

Интервью с ответственным секретарём комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) Александром Васильевичем Ивановым
Раевская О.А.



Критерий удовлетворённости качеством медицинской помощи абсолютно субъективен. Пациенты не всегда знают, что было сделано правильно, а что — нет: законодательство устанавливает не только обширный перечень прав граждан в сфере охраны здоровья, но и условия их реализации. Однако именно «частное мнение» лежит в основе конфликтных ситуаций.

25 ПЕХТ-ПРОСВЕТ

Движение к системе

Клинический менеджмент пациенток с эндометриозом и аденомиозом
Оразов М.Р., Долгов Е.Д.

Акушеру-гинекологу необходимо не просто допускать возможность сосуществования нескольких форм эндометриоза, а подразумевать эту клиническую ситуацию изначально. Правильно выбранный подход к ведению пациенток позволит эффективно верифицировать и лечить аденомиоз и эндометриоз одновременно, опираясь на патогенетически обоснованные стратегии.

29 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ



Время тотального дефицита

Профилактика врождённых аномалий: как не опоздать

Радзинский В.Е., Хамошина М.Б.

Современная наука и медицина достигли небывалых высот, однако эффективно решить такую простую на первый взгляд задачу — покрыть недостаток важных микроэлементов — по-прежнему не получается. Исследованиям с хорошей доказательной базой удалось установить не столько абсолютную полезность отдельных биологически активных добавок или витаминно-минеральных комплексов, сколько пищевую неполноценность обеспечения организма — и небеременных, и беременных — необходимыми питательными веществами.

38

Вместе навсегда?

Вирусы герпеса человека и репродуктивное здоровье

Хрянин А.А.

45 CONTRA-VERSION

Взвешенный подход

Гормональная контрацепция женщин позднего репродуктивного возраста

Лаврентьева И.В., Жукова А.И.

Несмотря на снижение фертильности в возрасте «40+», наступление беременности вполне реально. Однако часто это незапланированная и нежеланная гестация, ассоциированная с высокими акушерскими и перинатальными рисками. Именно поэтому надёжная контрацепция критически важна для пациенток в позднем репродуктивном периоде. Выбор оптимального противозачаточного средства должен учитывать возможность облегчения вазомоторных и гинуринарных расстройств, значимо снижающих качество жизни, влияние на сердечно-сосудистую и нервную системы, костную ткань.

51 VIA SCIENTIARUM



Воспаление особого значения

Цервицит и беременность

Раевская О.А., Дьяконов С.А., Жукова А.И.

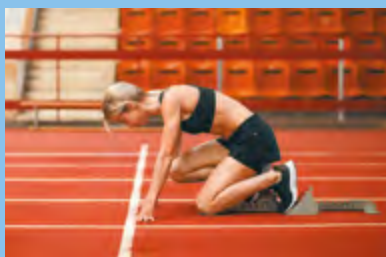
Основные цели лечения цервицита — эрадикация возбудителя, клиническое выздоровление, предупреждение передачи инфекции и профилактика осложнений. Во время гестации наиболее важным аспектом служит предотвращение невынашивания беременности и внутриутробного инфицирования плода. Вместе с этим арсенал эффективных препаратов, разрешённых для терапии ИППП беременных, весьма ограничен. Выявление и лечение половых инфекций оптимально осуществлять на этапе планирования беременности.

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

59 РЕФРЕШИНГ



Окно в будущее

Когда наступает овуляция?

Токтар Л.Р.

С яйца, *ab ovo*, начинали застолье древние римляне. Впоследствии это изречение приобрело переносное значение «с самого начала». Как никакое другое оно подходит к презентации первой статьи новой рубрики, цель которой — переосмысление устоявшихся в репродуктивной медицине догм и правил. В текущем выпуске речь пойдёт о яйцеклетке — тоже *ovum!* — и овуляции. Оказывается, далеко не все наши представления об этом процессе, сформированные в студенческие годы, соответствуют действительности.

65 ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Пока ещё не поздно

Беременность и экстрагенитальные нарушения:
за что отвечает лечащий врач?

Ордянец И.М., Иванов А.В.

При ведении пациенток с неосложнённой гестацией акушеру-гинекологу необходимо следовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность». При выявлении экстрагенитальных заболеваний женщину нужно направить к специалисту соответствующего профиля. Всё чётко и понятно — на бумаге. Однако в условиях реальной практики реализовать этот подход бывает совсем непросто. Врачи нередко сталкиваются с организационными и юридическими нюансами, которые препятствуют оказанию помощи.

70

За двумя зайцами

Кто должен лечить ИППП у беременной?

(По материалам выступлений проф. А.А. Хрянина, доц. М.В. Рагченко)

Катаев Н.А.

77 ВАСК-UP



Предотвращая рецидивы

Кандидозный вульвовагинит: поиск профессиональных решений

Рагзинский В.Е., Соловьёва А.В., Быкова О.А.

В последнее время в научной литературе, освещающей такую проблему, как кандидозный вульвовагинит, всё чаще можно встретить термин «эпидемиологический треугольник», который включает в себя организм хозяина, возбудителей, а также факторы окружающей среды. Практикующему акушеру-гинекологу критически важно понимать, как можно повлиять на все компоненты этой триады, чтобы обеспечить выздоровление пациентки здесь и сейчас — и в долгосрочной перспективе предотвратить рецидивы.

82 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

ЛЕКАРСТВО ОТ ИЛЛЮЗИЙ

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Рагзинский
о первостепенных задачах, нерешённых и нерешаемых
проблемах амбулаторной гинекологии



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

В послании Федеральному собранию 29 февраля 2024 года президент РФ В.В. Путин предложил запустить новую комплексную программу по **охране материнства**, сбережению здоровья детей и подростков, в том числе **репродуктивного**, «чтобы дети рождались и росли здоровыми, а в будущем и у них были здоровые дети». В числе приоритетов — **расширение сети женских консультаций**, модернизация перинатальных центров, детских поликлиник и больниц.

Текущий год объявлен указом президента **Годом семьи**. Женские консультации и ФАПы без преувеличения можно назвать **основой отечественного здравоохранения**. Главная сцена принадлежит сегодня нам, акушерам-гинекологам. Уже анонсировано внедрение всеобщей диспансеризации работающего населения, которое будет включать оценку **репродуктивного здоровья** женщин и мужчин (подробнее об этом читайте в рубрике «Новости» текущего выпуска SP). Конечно, нельзя сказать, что раньше государство было менее заинтересовано в укреплении здоровья граждан, однако в текущий момент физическое благополучие и сохранение фертильности россиян находится **на особом учёте**.

В очередной раз нам предстоит сделать **рывок вперёд**. И **количественный**, и **качественный**. Речь идёт прежде всего о врачах **амбулаторного звена**. Как можно больше пациентов необходимо охватить скрининговыми программами, как можно меньше должно остаться людей, не вакцинированных в соответствии с национальным календарём. Кроме того, действия докторов сегодня строго регламентированы клиническими рекомендациями и стандартами помощи — они главные **мерила её качества**. Главные, но не единственные.

Совсем недавно Госдума РФ вновь подняла вопрос о замене понятия «**медицинская услуга**» на «**медицинскую помощь**». Эта проблема выходит за рамки терминологического дискурса и носит принципиальный характер. Цель разработанного законопроекта — снизить финансовую нагрузку на медицинские учреждения от судебных исков пациентов. То есть это та самая «**декриминализация врачебной**

[Госпитализировать «на всякий случай» — непопозволи-
тельная роскошь. Огромное количество больных, дей-
ствительно нуждающихся в круглосуточном наблюде-
нии, могут недополучить необходимого внимания.]

деятельности», в которой так нуждается профессиональное сообщество. С учётом остальных нововведений, предполагающих «повышение концентрации» взаимодействия лечащих **врач—пациенты**, это крайне своевременно.

Причины столь пристального внимания к здравоохранению, и в частности к акушерско-гинекологическому направлению, в нашей стране очевидны, впрочем, как и во всём мире. В 2022 году родился **8-миллиардный житель планеты Земля**. Это должно было произойти 7 годами ранее, в 2015-м. Согласно последним данным, суммарный коэффициент рождаемости в РФ составляет 1,42. Во многих европейских странах этот показатель ещё ниже — 1,1, в Дании — 0,9 (как и в Ленинградской области). Депопуляция происходит практически во всём мире!

[**Повышение суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 к 2030 году и до 1,8 к 2036 году — одна из национальных целей развития Российской Федерации согласно указу президента РФ В.В. Путина.**]

При этом важно понимать: **ни акушеры-гинекологи, ни репродуктологи, ни врачи других специальностей за рождаемость не отвечают!** Равно как и за охват населения диспансеризацией. Те, кто считает иначе, глубоко заблуждаются, что закономерно приводит к контрпродуктивным решениям. Пытаться разделить чужую ответственность гораздо проще, чем взять ту, которая ложится на наши собственные плечи и которую никто, кроме нас, на себя взять не сможет. **Борьба с депопуляцией и повышение культуры заботы о здоровье — комплексные задачи, простых решений здесь нет и быть не может!**



Между тем перед амбулаторной помощью поставлены вполне **конкретные стратегические задачи**:

- диспансеризация девочек и девушек-подростков;
- диспансеризация женщин фертильного и менопаузального возраста;
- ведение беременности;

- цервикальный и маммологический скрининг;
- малая диагностическая и лечебная хирургия;
- консервативное лечение женского бесплодия;
- наблюдение в условиях дневного стационара;
- выявление и оздоровление женщин с пролапсами и недержанием мочи;
- реабилитация.

В ближайшей перспективе вполне реально **снизить нагрузку на круглосуточные стационары**. Сегодня, согласно сложившейся традиции, пациенток с мифической угрозой прерывания («тянет» низ живота), неразвивающейся беременностью, неполным выкидышем, искусственным абортom и хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза принято госпитализировать.



«Разгрузка» стационаров имеет принципиальное значение. Госпитализировать «на всякий случай», пусть и с лучшими намерениями, — **непозволительная роскошь** (сопряжённая с конкретными инфекционными рисками). Огромное количество больных, действительно нуждающихся в круглосуточном наблюдении, могут недополучить необходимого внимания.

С каждым годом растёт **коморбидность**. Значимый вклад в снижение здоровья населения, в том числе репродуктивного, вносят **болезни цивилизации**. Они часто идут рука об руку: **ожирение,**

артериальная гипертензия, анемия и сахарный диабет. Согласно данным Росстата, 2 млн россиян в 2022 году имели индекс массы тела 30 кг/м² и более, сахарным диабетом страдают 5 млн наших сограждан.

В связи с повсеместной распространённостью **экстрагенитальных заболеваний**, напрямую отражающихся на акушерских и перинатальных исходах, необходимо отдельно упомянуть **теорию избыточной энергии**. Сегодня перечень того, в чём нуждается человек, уже не ограничен жильём, одеждой, питанием, образованием, охраной здоровья. Часто молодые супруги хотят пожить для себя, им небезразлична **«статусность»** — наличие престижных вещей, доступ к удовольствиям и развлечениям. Именно неготовность ограничивать себя в **дополнительных** благах выступает причиной отложенного родительства и малорождения.

Между тем избыточная энергия в социуме **токсична**. Именно она выступает если не единственной, то одной из основных причин метаболических нарушений и снижения фертильности. Кроме того, **эколого-репродуктивный диссонанс**, который мы наблюдаем в современном обществе, ассоциирован с избыточными менструациями и, следовательно, с **анемизацией** женщин. Так, в 2022 году распространённость анемии в РФ составила 1,5 млн. Это реально предотвратимое состояние осложнило течение 34,6% беременностей!

Ещё в 2016 году эксперты ВОЗ опубликовали рекомендованные схемы ферродотации. Каждой **менструирующей девочке-подростку и женщинам репродуктивного возраста показан приём 30–60 мг железа на протяжении 3 мес в году**. Это предписание относят к тем регионам, в которых распространённость анемии превышает 40%, а также оно актуально для стран, в которых такого учёта нет. К сожалению, реализовать этот подход на популяционном уровне пока не получилось.



Обидно, когда мы знаем о проблеме если не всё, то многое, в том числе как её **предотвратить**, но не делаем этого. Ведь столько загадок человеческого организма не разгадано, некоторые па-

тологические состояния, несмотря на пристальный интерес учёных и широчайшую распространённость, не позволяют нам и приблизиться к тому, чтобы говорить об их **излечении**. Например, **эндометриоз** — болезнь **предположений**. Ни одна из существующих теорий его происхождения не получила всеобщего признания. Да, сегодня мы действительно можем улучшить самочувствие пациентки и даже повысить шансы наступления беременности. Однако гарантировать пожизненный безрецидивный период не может ни хирургическое вмешательство (как бы ювелирно оно ни было выполнено), ни педантичное соблюдение схем приёма препаратов.

Мы всегда считали, что эндометриоз ассоциирован со снижением фертильности и не влияет на течение беременности при её наступлении. Однако совсем недавно было установлено, что это патологическое состояние **повышает риск выкидыша на ранних сроках гестации**. У половины женщин с эндометриозом и бесплодием в анамнезе происходят самопроизвольные аборты.



Сегодня в мире **нет ни одного фармакологического метода пролонгирования беременности**, состоятельного в критериях доказательной медицины. При этом снизить риск акушерских и перинатальных осложнений позволяет грамотная **прегравидарная подготовка**. В 2023 году была опубликована обновлённая версия клинического протокола МАРС, в котором подробнейшим образом описаны мероприятия, направленные на оптимизацию здоровья будущих родителей перед зачатием.

Мы уверены: огромное количество врачей знают о протоколе, с интересом его изучают и готовы использовать. Однако шанс реализовать знания на практике выпадает гораздо реже, чем того хотелось бы. Чрезвычайно мало женщин (что уж говорить о мужчинах) **планируют деторождение** и готовятся к беременности. Нередко гестация наступает при суб- и декомпенсированных нарушениях, обострении хронических соматических заболеваний, рецидивирующих «самолеченных» вагинитах и даже **инфекциях, передаваемых половым путём** (ИППП).

[Нет ни одного фармакологического метода пролонгирования беременности, состоятельного в критериях доказательной медицины. (Снизить риск осложнений позволяет грамотная прегравидарная подготовка.)]



© Изображение создано при помощи нейросети Midjourney

Беременность с сопутствующими заболеваниями — всегда **зона повышенного риска**. Сложности, с которыми сталкивается лечащий врач — акушер-гинеколог женской консультации, — носят не только клинический характер (необходимо **оценить потенциальную пользу** для женщины и возможные фетальные риски при выборе терапевтической стратегии).

Порой совсем неочевидна **маршрутизация** пациенток, например при тех же ИППП (нужно ли направлять пациентку к дерматовенерологу?), или необходимого специалиста узкого профиля в медицинском учреждении просто нет. Кроме того, незапланированная беременность может быть **искусственно прервана** по желанию женщины, что точно не добавит здоровья.

Почему так происходит? Ответ очевиден любому практикующему акушеру-гинекологу — **недоиспользование надёжной контрацепции**. Наименьший индекс Перля имеют гормональные методы предупреждения нежеланной беременности. С каждым годом их популярность растёт, однако до сих пор страх побочных эффектов не позволяет в полной мере реализовать потенциал этих средств.



О сохраняющейся гормонофобии свидетельствует статистика использования МГТ. За 10 лет доля принимающих её женщин выросла с **0,8 до 1,3%**. Коллеги, это преступно мало. Даже если учесть высокую распространённость противопоказаний. Таким образом, мы

[Проблема опущения тазовых органов также весьма актуальна и для молодых женщин. Её частое клиническое проявление — диспареуния в репродуктивном периоде, возникающая после родов.]

упускаем возможность снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний, метаболических и когнитивных нарушений, замедлить темпы потери костной массы и разрушения хрящевой ткани. Между тем **anti-ageing — новое целенаправленное в медицине.** И мы должны делать всё от нас зависящее, чтобы сохранить качество жизни пациенток.

Женщины проводят примерно треть своей жизни в постменопаузальном периоде. После 60 лет в оперативном лечении пролапса нуждаются **73%** наших соотечественниц. Эти пациентки обычно не готовы обсуждать с врачом свои проблемы ввиду **деликатного характера.** Именно поэтому акушеру-гинекологу необходимо активно выявлять симптомы недержания мочи и инконтиненцию. Более того, проблема опущения тазовых органов также весьма актуальна и для молодых женщин. Её частое клиническое проявление — диспареуния в репродуктивном периоде, возникающая после родов.

Необходимо отметить, что **рассечение промежности в родах** никоим образом не профилактирует проблемы тазового дна. Эпизиотомия также не снижает интранатальную смертность, не влияет на оценку новорождённых по шкале Апгар, не укорачивает длительность второго периода родов и в **80%** переходит в разрыв. Это **лишнее** и совершенно бессмысленное вмешательство. В то же время в гинекологических отделениях действительно нужные операции, восстанавливающие функции мышц тазового дна и связочного аппарата, выполняют недостаточно.



Почему женщины недоиспользуют надёжную контрацепцию, не знают о возможностях МГТ? Предпочитают **терпеть неудобства**, связанные с пролапсами, а не обращаться к специалисту за помощью и в принципе **уделяют своему здоровью мало внимания?** Причин этому

много, и далеко не на все из них может повлиять акушер-гинеколог.

Для изменения сложившейся ситуации необходимо репродуктивное просвещение. Сегодня даже следует говорить о **репродуктивной мотивации.** Конечно, доктор может и должен рассказывать пациенткам о том, как сохранить фертильность, что нужно и чего не нужно делать для наступления желаемой беременности, какие мероприятия позволят оптимизировать здоровье в целом. Однако можно ли сравнить **«информационный охват»** одного врача и того же Министерства цифрового развития, связи и массовых коммуникаций?

Необходимо всемерно популяризировать культуру заботы о своём здоровье посредством центрального и регионального телевидения, активно проводить прямые встречи (целевые конференции, форумы), онлайн-мероприятия, распространять литературу с **действительно полезной и достоверной информацией.** Многие специалисты в работе используют брошюры и памятки, составленные докторами специально для пациенток. Прекрасное начало, но только наших сил в этом вопросе недостаточно.



За последние годы темпы накопления и особенно **потребления информации** выросли кратно. **Бессмысленно сетовать** на то, что далеко не каждый врач готов тратить время на прочтение так называемых «лонгридов», и клиницист с большим энтузиазмом ознакомится с несколькими короткими статьями или аннотациями исследований, чем с длинной монографией.

Гораздо **плодотворнее** — учесть эту особенность и создавать такой контент, который будут **интересно и увлекательно «потреблять»**, актуализируя (например, с помощью новой рубрики журнала SP «Рефрешинг») и расширяя свои знания. Поэтому резюмирую **кратко, чётко и по существу:** если мы хотим хо-

рошо делать свою работу, а не оказывать услугу, нужно следовать ряду правил.

Оставаться пожизненными учениками. Медицина не статична. Постоянное образование и ознакомление с последними исследованиями и инновациями должны стать основой профессиональной жизни.

Слушать наших пациенток. Не только их слова, но и молчание, опасения и ожидания. Эмпатия и внимание к «человеческому фактору» столь же важны, как и клинические знания.

Сотрудничать с коллегами и реализовывать мультидисциплинарный подход. Никто из нас не обладает всеми ответами. Работая в команде, мы объединяем уникальные навыки и опыт для достижения наилучших исходов. Не страшно признаться в том, что чего-то не знаешь, не умеешь или просто не обладаешь правом сделать определённые назначения. Страшно оставить пациентку наедине с проблемой, пусть даже пока не проявившей себя «во всей красе».

Учиться прогнозировать риски. У предиктивного подхода сегодня нет конкурентов. Это самая эффективная с практической точки зрения, юридически безопасная и экономически рациональная стратегия.

Уделять время на самоанализ и саморефлексию. Осмысленное размышление о собственной работе приносит большую пользу как для личностного роста, так и для профессионального совершенствования.

Бывает сложно **признавать свои ошибки**, особенно те, которые мы совершали на протяжении десятилетий. Полипрагмазия, порой в тех ситуациях, когда терапия в принципе не нужна, стационарное лечение совершенно «амбулаторных» пациенток, при этом невыполнение исследований при сочетании нескольких критически значимых факторов риска — от этого мы должны отойти. Только необходимый, **действительно показанный минимум** диагностических и лечебных мероприятий и, конечно же, **предикция** — показатели того, что мы не просто «функционируем» как медицинские работники, но и **вкладываем душу** в заботу о целостном благополучии наших соотечественников. **SP**

[Информационное опыление]

Для библиографических ссылок

• Маклецова С.А. Предикция преждевременной гибели как система базовых мероприятий медицины активного долголетия // СтатусPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №2 (105). — с. 15–17.

антиэйджинг: активное долголетие как доступный выбор

Предикция преждевременной гибели как система базовых мероприятий медицины активного долголетия



Автор: Светлана Александровна Маклецова, канд. мед. наук, исполнительный директор МАРС (Москва)

В 2023 году в Японии проживало более 92 тыс. человек старше 100 лет¹, в Италии — более 22 тыс.², в России — 9600³. Долголетие становится **массовым** явлением, причём год от года число долгоживущих **растёт**. И это — факт, который современный врач не вправе игнорировать.

Безусловно, многое можно объяснить генетикой. Многие, но не все. Сколько проживёт конкретный человек, очень существенно зависит от условий и образа его жизни, а также от тех **усилий**, которые индивид **готов** приложить для того, чтобы сохранять активность и бодрость до очень и очень продвинутого возраста.

Правда такова, что уже сегодня, вложив труд и интеллект, мы действительно **способны** перешагивать 100-летний рубеж в ясном уме, твёрдой памяти и хорошей физической форме. Инструменты для этого человечество уже накопило. Именно поэтому нам, в первую очередь врачам, пора осознать: стареть сохранно и даже красиво **или** преждевременно погибнуть либо грянуть — **выбор** каждого человека. Вполне доступный и реалистичный.

Повторюсь: **все мы выбираем** между преждевременной гибелью и сохранным красивым старением. Мы ведь знаем, что нужно делать, чтобы жить дольше и быть здоровее? Знаем. Не все, но **уже очень много**. И если не делаем, то это выбор плохого варианта развития событий. Выбор по умолчанию.

Ну не жалко ли?

Представление об антиэйджинге как о продвинутых сверхсовременных супертехнологиях **в корне неверно**. Безусловно, в нём найдётся место и митохондриям, и мелатонину, и активаторам теломеразы (когда будут получены доказательства), и регуляторным пептидам, и всем другим «волшебным лекарствам от старости», которые в настоящее время активно изучают.

Однако принцип бритвы Оккама (не множить сущности без крайней на то необходимости) работает в антиэйджинге как нигде. Мы очень всё усложнили, за-

быв о самых простых и прекрасно работающих инструментах. Пришло время вернуться к самому началу.

А начинают, как известно, **с простого**. Если человек готов **выбрать** здоровье и долголетие — милости просим в клуб «упрощенцев-суперэйджеров»!..

Красота в простоте

Сделавшим похвальный выбор в пользу красивого сохранного старения в первую очередь следует задуматься о предикции

самых частых причин **преждевременной гибели** — сосудистых катастроф и онкологических заболеваний.

Инфаркты, инсульты, тромбозы других локализаций — мировая причина смертности №1⁴. Что мы можем и обязаны сделать, чтобы не дать этому случиться? Всё просто. Берём «на контроль» два показателя — **артериальное давление (АД)** и **уровень холестерина** с его фракциями (совокупно с триглицеридами) — и добиваемся их нормализации.

Медицина уже научилась это делать чрезвычайно успешно, а если ещё сам

человек не против проявить целеустремлённость и поработать мышцами, поменять диету, немного похудеть, убрать лишний алкоголь и отказаться от курения, то во многих случаях можно обойтись и без таблеток.

Сказка? Реальность.

Как и предотвращение гибели от **рака** (причина смертности №2)⁵ — скрининги разработаны, пусть не все, но многие. При должной регулярности и полноте обследования большую часть онкологических заболеваний можно обнаружить на курабельных стадиях.

Главное — делать **выбор** в пользу своевременности, а не прокрастинации. Знания накоплены, инструменты — в шаговой доступности. А кто ими не пользуется, тот, отвергая прогресс и достижения цивилизации, не желает самому себе добра и здоровья.

И это больше вопрос **психологии**, чем качества медицинских знаний.

Давление, знай своё место!

Независимо от входящих условий уровень АД 140/90 мм рт.ст. и выше называют артериальной гипертензией и незамедлительно начинают лечение⁶.

Об артериальной гипертензии мы будем говорить даже при таких цифрах: 138/90 мм рт.ст., 120/92 мм рт.ст. Диастолическое давление для людей моложе 50 лет — даже более серьёзный фактор риска сосудистых катастроф⁷.

Современные классификации разделили **норму АД** на несколько градаций.

• **Оптимальным** называют АД 110—119/60—79 мм рт.ст.

• **Нормальный** уровень АД — 120—129/80—85 мм рт.ст.

• Промежуток 130—139/85—89 мм рт.ст. обозначают несколько странным термином «**высокое нормальное АД**», то есть оно ещё как бы нормальное, но уже повышенное.

Главная цель при наличии артериальной гипертензии — держать АД на уровне менее 140/90 мм рт.ст., а лучше 130/80 мм рт.ст. и ниже при хорошей переносимости. Независимо от причины повышения АД нужно **добиваться** именно таких значений.

Без кардиолога тут не обойтись, потому что сначала надо провести дифференциальную диагностику причин вторичной гипертензии: стеноз почечной артерии, коарктация аорты, феохромоцитомы, гиперальдостеронизм и т.д. Помимо «классики», в числе факторов риска сегодня активно обсуждают два новых.

• Синдром обструктивного ночного апноэ (храп с остановкой дыхания) тоже нередко повышает АД. Если пациент храпит, то этим обязательно нужно заниматься, особенно если есть артериальная гипертензия, которая дополнительно увеличивает риск внезапной сердечной смерти.

• **Нестабильность шейных позвонков** — ещё одна корригируемая причина гипертензии. В адвентиции позвоночных артерий в череп входят симпатические волокна, которые при неправильном положении шейных позвонков механически раздражаются. Соответственно, коррекция положения позвонков и даже массаж шейного отдела, устраняющий мышечный гипертонус (и заодно головные боли напряжения!), помогает нормализовать АД.

Из методов преодоления артериальной гипертензии (помимо устранения причин вторичной гипертензии) на вооружении состоят два — **модификация образа жизни** и **антигипертензивная терапия**. Начинать надо, конечно, согласно всем современным рекомендациям⁶, с модификации образа жизни — **увеличить физическую нагрузку**, ограничить потребление соли, сократить употребление алкоголя и оптимизировать ИМТ (подробнее см. в следующих публикациях).

И только если всё перечисленное **не помогает**, тогда нужно переходить к лекарственной терапии, не стесняясь принимать антигипертензивные препараты **годами и десятилетиями** — лишь бы давление держалось ниже 140/90 мм рт.ст.

А в целом вот он — **выбор**: терпеть или не терпеть, биться за нормальное (или хотя бы высокое нормальное) АД или бездействовать. Ибо хотя женщины меньше подвержены артериальной гипертензии, даже у них её распространённость оценивают в 40%⁸.

Страсти по холестерину

Гиперлипидемия — **важнейший** независимый фактор риска сосудистых катастроф⁹.

Организм ещё не исчерпал свои возможности, он силен, сохранен физически, ментально и даже сексуально, но... бляшка в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии, обеспечивающая стеноз 55% просвета. А это смертельный риск: когда возникнет потребность в увеличении ЧСС (физическая нагрузка, стресс, секс) — бляшка мало того что не даст крови поступать к миокарду в увеличенном количестве (а это боль, то есть приступ стенокардии), она ещё может и повредиться, а это неминуемый тромб и инфаркт.

Именно поэтому холестерин с его фракциями и триглицериды необходимо держать в пределах нормальных значений, что доказанно ассоциированы с **низким** риском сердечно-сосудистых событий¹⁰.

В норме уровень **общего холестерина** должен быть **ниже 5 ммоль/л**, однако современные гайдлайны рекомендуют ре-

Оптимальные значения липидных параметров в зависимости от категории риска¹¹

Параметр	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск
ХС ЛНП, ммоль/л	Менее 3	Менее 2,6	Менее 1,8	Менее 1,4
ХС ЛВП, ммоль/л	Мужчины более 1,0; женщины более 1,2			
ТГ, ммоль/л	Менее 1,7			
Липопротеин (а), мг/дл	Менее 50		Менее 30	

Примечание. Степень риска определяют по шкале SCORE (см. в тексте). При определении липидного профиля с предиктивной целью большая часть пациентов попадает в категорию «Низкий риск». ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ТГ — триглицериды.

гулярно (раз в год) контролировать не столько сам холестерин, сколько его **фракции** (табл.). Кроме того, всем взрослым хотя бы раз в жизни нужно определить уровень липопротеина (а).

Если найдено нарушение липидного профиля, дальнейшая цель всех мероприятий — нормализация содержания в крови холестерина и его фракций. Если изменения выражены умеренно, то до назначения лекарственной терапии (тех же статинов, но не только) показано **немедикаментозное лечение**.

Несложно догадаться, в чём оно заключается: изменение диеты (в том числе с уменьшением потребления лёгких углеводов и использованием пищевых добавок, доказавших эффективность, а такие есть), снижение массы тела, уменьшение потребления алкоголя и — непременно! — **физическая активность**. Ах да — курение тоже надо прекратить. Полностью, в отличие от потребления алкоголя.

Ничего не напоминает?

Шкала SCORE: прогноз диагностической точности

Отличный инструмент прогнозирования риска фатальных сердечно-сосудистых событий в течение следующих 10 лет (у людей старше 40 лет) — **шкала SCORE** (см. QR-код)¹². Она настолько хорошо коррелирует с реальным положением вещей, что кардиологи выносят выявленную степень риска в **формулировку диагноза!**



Шкала принимает во внимание следующие обстоятельства.

- Пол (у женщин риск ниже в целом).
- Возраст.
- Факт курения.
- Уровень систолического АД.
- Уровень общего холестерина.

Сахарный диабет или хроническая болезнь почек (в первую очередь в виде ХПН) **автоматически** переводит пациента в высокую группу риска.

Онкоскрининги: просто список?

А что тут добавить кроме того, что их нужно, нужно, нужно проводить! Ниже список всех необходимых скринингов, главная цель которых — поймать предраковые изменения или собственно рак на ранних, ещё излечимых стадиях^{13–15}.

- Флюорография или рентгенография лёгких — ежегодно.
- ФЭГДС: с 45 лет ежегодно.
- Кал на скрытую кровь: с 50 лет ежегодно.
- Колоноскопия: с 50 лет 1 раз в 10 лет.
- Ректороманоскопия: с 50 лет 1 раз в 5 лет.
- Цервикальный скрининг.
 - Пап-тест с 18 лет ежегодно, прекращение в 69 лет (при условии аккуратно проводимого скрининга ранее и отсутствии CIN II в течение 20 лет).
 - ВПЧ-тесты: всем женщинам в возрасте 30–69 лет 1 раз в 5 лет.

- УЗИ молочных желёз: ежегодно женщинам с 18 до 34 лет, если нет пальпируемых образований.
- Маммография: всем женщинам с 35 до 49 лет — 1 раз в 2 года, с 50 лет — ежегодно; с 18 до 34 лет — если есть пальпируемое образование в молочных железах.
- Желательно определить мутации BRCA1, BRCA2 при отягощённом семейном анамнезе (однократно).
- У мужчин с наличием симптомов нарушения мочеиспускания, старше 50 лет или старше 45 лет при отягощённом семейном анамнезе — PSA (простатоспецифический антиген)²².

Предиктивная мощь этого «просто списка» — в миллионах спасённых жизней по всему миру ежегодно. Кто делает, а не откладывает — **ТОТ ВЫБИРАЕТ ЖИЗНЬ**. Ни много ни мало.



Безусловно, антиэйджинг — чрезвычайно сложная тема. В нём так **много** информации, что пациенты с запросом на активное долголетие и сохранное старение от безысходности начинают обращаться к «нутрициологам» и десятками наименований принимать витамины и БАДы, ошибочно воспринимая эту чудовищную полипрагмазию как главный компонент антиэйджинга. И хотя медицина активного долголетия сегодня немаловажна, например, без витамина-гормона D, начинать нужно не с него, а с тех самых «азбучных истин», известных всем врачам ещё **со студенческой скамьи**.


И это — правильно. Человечество несколько веков копил опыт удлинения жизни, и результат виден уже сейчас. Понимание необходимости и реальная возможность нормализации АД, липидного профиля и выявления рака на максимально ранних стадиях — такое же **достояние** цивилизации, как вакцины и антибиотики.

Просто надо не забывать ими пользоваться и при этом чётко отдавать себе отчёт: 5–7 раз в неделю давая себе 30-минутный труд аэробной физической нагрузки умеренной интенсивности, мы не просто нормализуем АД¹⁶, холестерин¹⁷, боремся с депрессией¹⁸, когнитивным старением¹⁹, удлиним теломеры²⁰ (и далее по списку, очень длинному списку!)²¹ — мы **выбираем и получаем** по собственному желанию здоровье, а не болезнь, жизнь, а не смерть, красивое сохранное старение, а не дряхлость. Конечно, не у всех всё получится — от разного рода случайностей застраховаться трудно. Но «делай что можешь, и будь что будет».

По судьбе, как любит говорить главный редактор нашего журнала проф. В.Е. Радзинский.

P.S. В «Дневнике суперэйджера» по QR-коду приведён необходимый список обследований для стартового чек-ап и дальнейшего регулярного повторения. Дневник рассчитан на 5 лет, и пусть у вас таких дневников получится не меньше десяти.



P.P.S. Продолжение следует. 

Библиографию см. на с. 82–86.



ШКОЛА юридической самообороны

Для библиографических ссылок

• Раевская О.А. Интервью с ответственным секретарём комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) Александром Васильевичем Ивановым // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №2 (105). — С. 19–23.

без суда и следствия

Интервью с ответственным секретарём комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) Александром Васильевичем Ивановым

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

Врачи **не любят термин «медицинская услуга»** — в законопроекте, внесённом в Государственную думу 20 марта 2024 года, предлагается оставить его исключительно **для целей финансового обеспечения** медицинской помощи, разработки соответствующих стандартов и номенклатур, **статистического учёта** и лицензирования¹. Вместе с тем Всемирная организация здравоохранения считает **удовлетворённость потребителей** одним из **важнейших критериев** оценки национальных систем здравоохранения², подчёркивая значение не только экспертных выводов по вопросам, требующим специальных знаний (о выборе адекватных методов диагностики и лечения, рациональной антибактериальной терапии и т.д.), но и **мнения самого населения**. Методика расчёта этого показателя³ учитывает самые разные аспекты взаимодействия пациентов с медорганизациями: решение проблем со здоровьем, удобство записи к врачу, время ожидания приёма, достаточность разъяснений по поводу сделанных назначений и т.д. Исследование, в котором участвовали **254 тыс. респондентов** из 85 субъектов РФ, показало, что **максимальный общий уровень** удовлетворённости составил всего **45,8%**⁴.

SP Уважаемый Александр Васильевич, понятно, что пациенты хотят решить свои проблемы со здоровьем максимально быстро и комфортно, — по словам министра здравоохранения РФ М.А. Мурашко, больше всего они недовольны долгим ожиданием помощи⁵. Однако насколько можно доверять их остальным оценкам?

Александр Иванов (А.И.): Как справедливо заметила руководитель Росздравнадзора А.В. Самойлова, **критерий удовлетворённости абсолютно субъективен** и его нельзя приравнивать к выводу о качестве медицинской помощи⁶. Пациенты, их законные представители и иные члены семьи далеко **не всегда знают, что**

было сделано правильно, а что — нет: российское законодательство устанавливает не только обширный **перечень прав** граждан в сфере охраны здоровья⁷ (плюс отдельно — застрахованных по ОМС⁸ и потребителей⁹), но и **условия их реализации**. Однако именно **«частное мнение»** лежит **в основе конфликтов**, связанных с оказанием медицинской помощи.

Дальнейшее **развитие событий** тоже во многом **зависит от восприятия** ситуации пациентом. Статья 46 Конституции РФ устанавливает гарантии **судебной защиты прав** и свобод для каждого¹⁰, и наши сограждане пользуются этим инструментом всё активнее. Так, если **в 2010 году**



Александр Васильевич Иванов, ответственный секретарь комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС), директор по развитию ГК StatusPraesens (Москва)

[ВОЗ считает удовлетворённость потребителей одним из важнейших критериев оценки национальных систем здравоохранения, подчёркивая значение не только экспертных выводов, но и мнения населения.]

в суды первой инстанции поступило 142 236 дел о защите прав потребителей в сфере торговли и услуг (вынесено 94 947 решений), то в 2022 году — уже 220 458 дел (178 539 решений)¹¹. Эта тенденция вряд ли скоро изменится: шансы на полное или частичное удовлетворение исковых требований по таким делам достаточно велики (в 2022-м — в 86,5% случаев), а вступившие в законную силу судебные акты обязательны для исполнения.

Ещё более предсказуем исход судебного разбирательства по иску к медорганизации. Согласно разъяснениям пленума Верховного суда РФ №33¹², требования о компенсации морального вреда могут быть заявлены не только при нарушении прав граждан в сфере охраны здоровья или при причинении вреда жизни и здоровью, но и при оказа-

нии ненадлежащей медицинской помощи, а это можно трактовать очень широко. И всё же обращение в суд — не единственный возможный вариант поведения в конфликтной ситуации. Альтернатива — досудебное урегулирование спора.

SP Что это значит — просто извинения перед пациенткой, чтобы погасить конфликт? Многие ли откажутся от перспективы получить денежную компенсацию...

А.И.: Определение термина дано в постановлении пленума Верховного суда №18¹³ — там написано, что это деятельность сторон спора до обращения в суд, осуществляемая ими самостоятельно, с привлечением третьих лиц или посредством обращения к уполномоченному органу публичной власти. Её результатом могут быть не только извинения, но и исправление недостатков оказанной услуги (когда это возможно) или денежные выплаты, — конечно, если медорганизация согласится, что для этого есть основания. Досудебное урегулирование бывает обязатель-

ным, когда это прямо предусмотрено федеральным законом¹⁴. В отношении ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи, такого требования нет — за исключением случаев, когда одна из сторон договора на предоставление платных медицинских услуг отказывается от предложения другой стороны изменить его либо расторгнуть¹⁵.

В то же время законодательство предусматривает штраф за отказ от добровольного удовлетворения требований потребителя. До недавнего времени эту норму использовали при судебных разбирательствах, касавшихся медицинской помощи, оказанной по программе ОМС¹⁶. Однако в 2019 году Верховный суд указал, что «потребительский штраф» можно применять к отношениям в сфере охраны здоровья только при предоставлении платных медицинских услуг¹⁷.

Несмотря на необязательность досудебного урегулирования «медицинских» споров, длительные сроки выполнения судебно-медицинских экспертиз, финансовые и моральные издержки, связанные с судебным разбирательством, часто небольшой размер заявляемых исковых требований (до 50 тыс. руб. — в 34,3% дел о защите прав потребителей в сфере торговли и услуг, от 50 до 100 тыс. руб. — ещё в 15,9%) и реально присуждаемые суммы компенсаций, воспринимаемые истцами как заниженные^{18,19}, — весомые аргументы в его пользу. Правда, для медорганизаций государственной системы здравоохранения существует весьма серьёзное ограничение: отсутствие источника финансирования «добровольных выплат». Сделать это за счёт средств ОМС нельзя: такое их использование считают нецелевым, что влечёт административный штраф или дисквалификацию должностного лица (ст. 15.14 КоАП²⁰), а если сумма превысит 1,5 млн руб. — уголовную ответственность (ст. 285.2 УК РФ²¹).

Впрочем, определением Верховного суда РФ от 5 декабря 2023 года №304-ЭС23–23196 было подтверждено, что расходы на компенсацию морального вреда по исполнительному листу тоже не подлежат оплате за счёт средств ОМС²². Проблему можно решить, обратившись к учредителю (согласно ст. 123.22 ГК РФ, он несёт так называемую субсидиарную ответственность по обязательствам бюджетного учреждения), но понятно, что это может повлечь «оргвыводы» в отношении главного врача. Другой вариант: заключить договор страхования профессиональной ответственности медработников, в котором прописать, что случай будет страховым как на основании вступившего в законную силу решения суда, так и при признании претензии о возмещении вреда с письменного согласия страховщика. Такие прецеденты уже имеются²³.

SP Понятно, что в каждой медорганизации есть свой алгоритм действий при жалобах пациентов и их родственников. А существуют ли какие-то обязательные требования?

А.И.: Общий порядок работы должностных лиц организаций, на которые возложено осуществление публично зна-

чимых функций (включая оказание медицинской помощи), с жалобами граждан регламентирован Федеральным законом №59-ФЗ²⁴. В частности, определено, что обращение может быть устным, письменным или в форме электронного документа (в том числе с использованием Единого портала государственных и муниципальных услуг)²⁵ и оно всегда подлежит обязательному рассмотрению. Исключения составляют случаи, когда в письменном обращении не указаны фамилия гражданина или почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, текст не поддается прочтению или не позволяет понять его суть.

По общему правилу сроки рассмотрения письменного обращения не должны превышать 30 дней; при личном приеме ответ может быть дан как устно (если изложенные факты не требуют проверки), так и письменно. Однако нужно иметь в виду, что для ряда случаев законодательство о защите прав потребителей содержит более жесткие требования. Так, расходы по устранению недостатков оказанной услуги третьими

лицами (например, в коммерческой клинике) должны быть возмещены в 10-дневный срок.

SP Мне кажется, главный врач вряд ли сможет сразу ответить на претензию — понятно же, что далеко не все жалобы обоснованы. Кто должен заниматься их проверкой?

А.И.: В Федеральном законе №323-ФЗ написано, что совершенствование организации медицинской помощи, принятие решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий — цели создания врачебной комиссии (ВК). Её функции перечислены в приказе Минздрава России №502н²⁶, в том числе к ним отнесено рассмотрение обращений, связанных с оказанием медицинской помощи. Учитывая возможность создания подкомиссий (по изучению летальных исходов, по профилям медицинской



© kakau / Коллекция/Stock

[Гражданский кодекс позволяет привлекать специалистов для разрешения конфликтных ситуаций. В частности, в ст. 182 написано про возможность участия посредников — лиц, уполномоченных на вступление в переговоры относительно возможных сделок (в том числе соглашений о примирении).]

помощи и т.д.), логично, если одна из них будет заниматься **анализом жалоб на нарушение этики и деонтологии**.

Членами ВК могут быть только заведующие отделениями и врачи организации, в которой она создана, однако приказ **не запрещает приглашать** на заседания комиссии саму **пациентку, юриста или специалиста из другого учреждения**. Напомню, что законодательство устанавливает **приоритет интересов пациентов** при оказании медицинской помощи, а также прямо говорит об их **праве на получение «второго мнения»**. Вместе с тем представляется, что **роль приглашённых** заключается исключительно **в гаче пояснений**; их присутствие во время выступлений членов ВК и при принятии итогового решения нецелесообразно.

Протокол ВК должен содержать **обоснование** решения, поэтому в случаях, касающихся качества медицинской помощи, необходим анализ выполнения **порядков** её оказания, **клинических рекомендаций** (в соответствии с графиком начала их применения, утверждённым постановлением правительства РФ от 17 ноября 2021 года (ред. от 14.03.2024) №1968²⁷) и **актуальных стандартов** (изданных после 2019 года на основе «новых» клинических рекомендаций). Вместе с тем **оценка причинно-следственной связи** действий медработников с наступившим исходом и **выводы о предотвратимости или предотвратимости** случаев смерти выходят **за рамки полномочий ВК**. Дело в том, что установление причинно-следственной связи между каким-либо воздействием и состоянием здоровья входит в понятие **медицинской экспертизы**, а ВК может проводить только экспертизу профессиональной пригодности некоторых категорий работников.

Согласно приказу Минздрава РФ №785н, при поступлении жалоб, содержащих информацию об угрозе причинения (или о причинении) **вреда жизни и здоровью**, в случаях **инфекций, связан-**

[Результатом государственного регулирования могут быть извинения, исправление недостатков оказанной услуги или денежные выплаты — если медорганизация согласится, что для этого есть основания.]

ных с медицинской помощью, при осложнениях вмешательства и при **летальных исходах** обязательно проведение целевых проверок в рамках **внутреннего контроля качества и безопасности** медицинской деятельности²⁸. Соответствующая служба вправе вести **видеосъёмку**, а также организовывать необходимые для работы **исследования и экспертизы**. Кстати, в марте 2024 года прокуратура Москвы подтвердила законность²⁹ **аудиоконтроля амбулаторного приёма** в городских поликлиниках **в целях соблюдения взаимных прав и интересов врача и пациента**, повышения удовлетворённости населения при получении медицинских услуг³⁰. Итоговые **отчёты службы по внутреннему контролю** могут быть использованы **для обоснования решений ВК** по поводу обращений граждан.

SP Могут ли решение ВК или «административные меры» в отношении врача, которого признают виновным в конфликте, предотвратить обращение пациентки в суд или в контролирующие органы?

А.И.: К сожалению, **не всегда**. Пациентка, её супруг и близкие родственники, а также иные лица, указанные в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (или в информированном добровольном согласии), вправе получить **выписку из протокола ВК** или **копию медицинской карты** с решением ВК на основании письменного запроса (в том числе в электронной форме)³¹. В дальнейшем эти документы (как упоминание в официальном ответе на претензию, что на медработника наложено **дисциплинарное взыскание**) могут

стать **доказательством некачественного** оказания медицинской помощи.

Я уже упоминал, что при **государственном регулировании спора** стороны могут заключить **соглашение**, предусматривающее **выплату денежных средств**. Но это не лишает пациента и членов его семьи **конституционного права на обращение в суд** (например, если в дальнейшем они решат, что сумма была недостаточна). Более того, сам **факт такой выплаты** может быть истолкован ими как **признание вины медорганизации** в ненадлежащем оказании медицинской помощи.

В этом контексте интересно решение Еманжелинского городского суда Челябинской области, принятое в 2019 году³². Стоматологическая клиника **оказала услуги** на сумму 315 500 руб., но пациентка М. **предъявила претензию**, что они были некачественными. Медорганизация **своей вины не признала**, но, учитывая, что цель ортопедического лечения не была окончательно достигнута (женщина намеревалась его продолжить в другом месте) и длительный характер взаимоотношений, а также демонстрируя лояльный подход к клиентам, **предложила вернуть** уплаченные 315 000 руб. Было заключено **соглашение**, по которому **клиника обязалась выплатить 350 000 руб.** в счёт возмещения всех понесённых и возможных убытков, а также компенсации морального вреда — **с целью сохранения деловой репутации** и без какой-либо дополнительной проверки.

В соглашении было указано, что **в случае обращения в суд** **правоохранительные, административные органы** с заявлением, предметом которого будет **некачественное оказание услуг** клиникой, М. обязуется **вернуть средства** в полном объёме, поскольку сумма ущерба будет определяться этими органами на основании всестороннего и полного разбирательства. После получения денег женщина **обратилась с жалобой в территориальный орган Росздравнадзора**; при проверке **нарушений выявлено не было**. Кроме того, она подала **гражданский иск**

[Протокол врачебной комиссии должен содержать обоснование решения. В случаях, касающихся качества медицинской помощи, необходим анализ выполнения порядков её оказания, КР и актуальных стандартов.]

о возмещении причинённого вреда, указав, что условия соглашения ей были навязаны и она подписала его только для того, чтобы иметь деньги для дальнейшего лечения в других учреждениях. Суд оставил этот иск без удовлетворения.

После этого уже клиника обратилась в суд с иском к М., требуя взыскать с неё 350 000 руб., проценты за пользование чужими денежными средствами и компенсацию судебных расходов. Суд пришёл к выводу, что медорганизация свои обязательства выполнила, выплатив сумму, указанную в соглашении, а пациентка нарушила, не вернув деньги после своего обращения в Росздравнадзор и суд.

Было особо отмечено, что клиника не ограничивала право М. на судебную защиту, — напротив, такая возможность была прямо оговорена в соглашении. Суд решил взыскать с пациентки денежные средства в размере 350 000 руб., проценты за пользование чужими денежными средствами в сумме 35 764 руб., а также компенсацию судебных расходов в размере 7058 руб.

SP Похоже, этой клинике помогли грамотные юристы... Может быть, для разрешения конфликтных ситуаций всегда стоит привлекать специалистов?

А.И.: Гражданский кодекс позволяет это делать: в ст. 182 написано про возможность участия посредников — лиц, уполномоченных на вступление в переговоры относительно возможных сделок (в том числе соглашений о примирении), но не выступающих представителями какой-либо из сторон. В таком качестве может быть привлечён, например, авторитетный специалист, что может быть полезно, когда речь идёт о качестве медицинской помощи. Только нужно помнить о необходимости оформить письменное согласие пациентки на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Правда, существенным недостатком таких действий остаётся необходимость выполнения достигнутых договорённостей.

Ситуация меняется, если в качестве посредника выступает медиатор, действующий в соответствии с Федеральным законом №193-ФЗ³³. На первый взгляд в сравнении с посредниками-клиницистами или юристами он даже проигрывает: он не обязан иметь «профильное» образование и не вправе оказывать какую-либо помощь одной из сторон. Фактически его роль сводится к конкретизации условий, позволяющих достичь компромисса. Но зато медиативное соглашение можно заверить у нотариуса, и тогда оно приобретает силу исполнительного документа.

В заключение отмечу, что единственным вариантом, гарантирующим, что пациентка не подаст гражданский иск к той же медорганизации по тому же поводу, остаётся мировое соглашение, утверждённое судом. Согласно ст. 134 Гражданского процессуального кодекса РФ, определение суда о прекращении производства по делу в связи с утверждением мирового соглашения — основание для отказа в принятии искового заявления. По юридической силе оно не уступает решению суда и в случае необходимости подлежит принудительному исполнению³⁴. **SP**

Библиографию см. на с. 82–86.

Залаин®
ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ
ПОД КОНТРОЛЕМ

- Более 15 международных и российских исследований¹
- Активен в отношении грибов *Candida albicans* и *Candida non-albicans*²
- Низкий риск рецидивов³
- 1 свеча на курс лечения⁴

КАЧЕСТВО ПРОВЕРЕННОЕ 15 ИССЛЕДОВАНИЯМ

Залаин® – оригинальный современный антимикотик для лечения кандидозного вульвовагинита

- 1 Публикации могут быть предоставлены по требованию.
- 2 С. Palacin et al. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2000 v 71 S37-S46.
- 3 Л.С. Логутова, Н.Д. Гаспарян и соавт. Акушерство и гинекология 2008; 3: 54-56.
- 4 Инструкция по применению ЛП ЗАЛАИН® суппозитории вагинальные, РУ: ЛП-Н(000265)-(РФ-РУ) от 04.06.2021.



2000001454794 от 29.03.2024 РЕКЛАМА

ООО «ЭГИС-РУС», 121552, г. Москва, ул. Ярцевская, д. 19, блок В, 13 этаж



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

**Ре-
фре-
шинг**

StatusPraesens

Для библиографических ссылок

• Токтар Л.Р. Когда наступает овуляция? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №2 (105). — С. 59–63.

ОКНО В БУДУЩЕЕ

Когда наступает овуляция?



Автор: Лилия Равильевна Токтар, доц., канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН (Москва)

С яйца, ab ovo, начинали застолье древние римляне. Впоследствии это латинское изречение приобрело переносное значение «с самого начала». Как никакое другое оно подходит к презентации первой статьи новой рубрики, цель которой — **переосмысление** устоявшихся в репродуктивной медицине представлений. Если переносное значение понятно, то и прямое вполне подходит, поскольку речь пойдёт о яйцеклетке — тоже ovum! — и овуляции.

Период активного функционирования репродуктивной системы занимает около 30 лет (15–49-й годы жизни). В это время в организме женщины происходят ежемесячные изменения, определяемые как менструальный цикл. Именно этот период ВОЗ регламентирует как репродуктивный возраст. Однако половой зрелости женский организм достигает при формировании не столько регулярных менструаций, сколько регулярных овуляций. Именно **овуляторность** менструального цикла обеспечивает главный биологический смысл этого феномена женского организма — возможность беременности.

Норма продолжительности менструальных циклов наших современниц определена консенсусом ESHRE (2018) от 24 до 38 дней. Примерно у 60% женщин менструальный цикл от первого дня предыдущей до первого дня последующей менструации длится 28–30 дней, так называемый «лунный» месяц.

Лунный (синодический) месяц — период обращения Луны вокруг Земли — составляет, если быть точнее, 27 сут 7 ч 43 мин, т.е. почти 28 сут. Наблюдение за женской физиологией долгое время связывало регулярность кровотоков из половых путей (регул) с синхронизацией с лунным циклом. Считалось, что женский организм буквально контролируется луной. Отсюда и появилось название регул: *mene* (греч.), *menses* (лат.) — «месяц». Интересно, что типичный менструаль-

ный цикл женщины длится 28 дней, нормальная беременность — 280 дней, период новорожденности — 28 дней...

Принято считать, что **овуляция** происходит в середине цикла, а это практически всегда 14-й день. Однако справедливо такое утверждение лишь для «идеальных» 28-дневных менструальных циклов, которых на практике оказывается не так уж и много. Тем не менее знания об особенностях выхода яйцеклетки из яичника крайне важны, особенно на этапе **планирования беременности**.

Повторение — мать учения

Давайте освежим в памяти некоторые нюансы анатомии и физиологии яичников. Это парный орган — две железы неправильной овальной формы, обладающие средними размерами 3,5×2,5×1,5 см. Эволюция возложила на яичники две глобальные функции: эндокринную и генеративную (а это ни много ни мало ответственность за сохранение биологического вида!), тесно связанные друг с другом. Под эндокринной функцией подразумевают **выработку** широкого спектра половых стероидов женщины — стероидогенез.

Яичник состоит из четырёх слоёв. Наружный представлен кубическим, или низкоцилиндрическим, эпителием.

Симфония на стероидах

Стероидогенез в яичнике — процесс многокомпонентный, подобный партитуре сложного музыкального произведения. Основной гормон фолликулярной фазы, управляющий менструальным циклом, — **эстрадиол**, который вырабатывают прежде всего гранулёзные клетки. Но без слаженной, как в оркестре, работы всех клеток фолликула успешная выработка эстрадиола невозможна. После того как в клетки теки с кровотоком попадает холестерин, под воздействием фермента P450_{ssc} он преобразуется в **прегненолон**. Далее в клетках теки под контролем других ферментов происходит целый каскад превращений: прегненолон → 17-гидроксипрегненолон → дегидроэпиандростерон → андростендион. Так холестерин становится андрогеном, и этот процесс контролируется ЛГ. Андростендион через базальную мембрану фолликула проникает внутрь, в клетки гранулёзы. И только теперь под контролем ФСГ происходит образование двух веществ — андрогена **тестостерона** и эстрогена **эстрона**. Интересно, что каждый из них под контролем своего фермента (эстрон — путём дегидрирования, тестостерон — путём ароматизации) становится эстрадиолом.

В лютеиновой фазе первую скрипку играет ведущий гормон беременности — **прогестерон**. Этот половой стероид жёлтого тела — продукт тех же холестерина и прегненолона, которые в фолликуле, поэтапно превращаясь, становились эстрогенами. Так одна и та же главная партия в разных частях симфонии разрабатывается по-разному, получая свой характер. Но эндокринный оркестр яичника был бы неполным без других участников!

Так, в незрелых гранулёзных клетках фолликулов происходит синтез гормона **ингибина** — тормоза секреции ФСГ гипофизом. Это обеспечивает обратную отрицательную связь в начале менструального цикла. В клетках гранулёзы фолликула и жёлтого тела в небольших количествах секретируется белковое вещество «местного действия» — **релаксин**. В жёлтом теле беременности его концентрация **множественно возрастает**. Учитывая, что релаксин обладает слабым токолитическим эффектом, это свойство в отношении миометрия приобретает большое значение в ранние сроки гестации.

В яичниках также синтезируются **простагландины**, усиливающие сократительную активность элементов оболочки фолликула, без чего овуляция была бы невозможна. Например, в эксперименте на яичниках крольчих было показано, что введение простагландинов вызывало овуляцию, а НПВС, как известно, блокирующие ЦОГ, наоборот, препятствовали ей.

В фолликулярной жидкости, жёлтом теле, матке и маточных трубах обнаруживают **окситоцин**. Он способствует **лютеолизу** и **регрессу** жёлтого тела, хотя справедливости ради стоит отметить, что это не основная его роль. **Более важный** функционал этого пептидного гормона — усиление контрактильности миометрия в начале менструального цикла.

Под ним расположена белочная оболочка, состоящая из сети коллагеновых волокон. Далее следует без преувеличения наиболее **функционально значимый** слой — корковое вещество, содержащее фолликулы на разных стадиях развития. Наконец, мозговой слой яичника сформирован нежной соединительной тканью, пронизанной многочисленными кровеносными сосудами и нервами.

Овуляция и функционирование яичников в целом зависят от «мозгового центра» репродукции — гипоталамуса, вырабатывающего **гонадотропин-рилизинг-гормон (ГнРГ)**. Интересно, что период полужизни ГнРГ — не более **2–4 мин**. Его гипоталамическая секреция **прогрессивно нарастает** в период полового созревания и происходит преимущественно в **пульсирующем** режиме¹. Это эпизодическое высвобождение гормона в определённом ритме — в среднем один импульс в **60–90 мин** — называют **цирхоральным** (околочасовым). Частоту пульсации регулирует генератор ритма, аркуатный осциллятор, расположенный в медиобазальном гипоталамусе². Без цирхорального ритма выработки ГнРГ ни менструальный цикл, ни тем более овуляция невозможны.

ГнРГ стимулирует секрецию клетками передней доли гипофиза **двух гонадотропинов** — лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), которые и управляют яичником. В условиях физиологического баланса пульсовый генератор ГнРГ улавливает информацию о концентрации нейротрансмиттеров головного мозга, ЛГ и ФСГ, эстрогенов.

На старт...

Взаимосвязанные и взаимообусловленные процессы синтеза стероидных гормонов (стероидогенез) и развития фолликула (фолликулогенез) составляют **яичниковый цикл**. Его **первая фаза** связана в основном с изменением фолликулов и носит соответствующее название — **фолликулярная**.

Фолликул — это структурно-функциональная единица яичника. Именно здесь происходят рост и развитие яйцеклетки, которая в середине менструального цикла **покидает** «хранилище» и далее по маточной трубе оказывается в полости матки.

Фолликулогенез происходит в женском организме непрерывно: стартуя ещё в антенатальном периоде, финиширует только в постменопаузе. На рекрутинг фолликулов (то есть на выбор тех, которые продолжают развитие в данном цикле) влияет большое количество паракринных факторов, включая **антимюллеров гормон (АМГ)**.

Обычно на 6-й день от начала 28-дневного менструального цикла происходит пик синтеза ФСГ, что приводит к выбору доминантного фолликула из большого числа вступивших в данный цикл. Остальные фолликулы подвергаются атрезии.

Судьба около **90%** фолликулярного резерва — атрезия, и только небольшая часть проходит полный цикл развития от примордиального до преовуляторного фолликула, который овулирует и превращается в полноценное жёлтое тело³.

В течение менструального цикла **доминантным** обычно бывает **лишь один фолликул**. Действительно, обеспечить его рост — непростая задача: из крошечного образования (**2–3 мм** в диаметре) по состоянию на начало цикла фолликул



[Овуляция и функционирование яичников в целом зависят от «мозгового центра» репродукции — гипоталамуса, вырабатывающего ГнРГ. Его секреция прогрессивно нарастает в период полового созревания.]

к моменту овуляции вырастает до 20—22 мм. При этом в 100 и более раз возрастает объём фолликулярной жидкости и количество гранулёзных клеток, выстилающих внутреннюю мембрану.

Синергия ФСГ и ЛГ обеспечивает рост и созревание овариальных фолликулов, а также синтез эстрадиола в гранулёзных клетках. **Доминантный фолликул** содержит **максимум рецепторов** к ФСГ: в отличие от начального роста, происходящего под воздействием внутренних (паракринных) факторов, окончательное созревание происходит преимущественно под эндокринным влиянием.

По мере роста фолликула увеличивается концентрация эстрадиола в фолликулярной жидкости и в крови. Когда фолликул достигает преовуляторного состояния, уровень сывороточных эстрогенов обеспечивает активацию рецепторов гипоталамуса и гипофиза по механизму обратной связи. Ответом служат высокоамплитудные выбросы ГнРГ, активная секреция ФСГ и ЛГ — и **овуляция**. Главным фактором при этом становится пиковый синтез ЛГ, без которого овуляция не случится. Именно ЛГ запускает целый ряд процессов, приводящих одновременно к быстрому повышению внутрифолликулярного давления и разрыхлению базальной мембраны преовуляторного фолликула коллагеназами. Быстрое, пиковое увеличение концентрации ЛГ становится возможным потому, что скорость цирхорального ритма ГнРГ под воздействием очень большого, максимального количества эстрогенов в перивуляторный период ускоряется с 1 раза в 90 мин до 1 раза в 60 мин. Только при такой интенсивной стимуляции возможно накопление молекул ЛГ, имеющих довольно короткий период полувыведения — всего 30 мин. При относительно редком цирхоральном ритме, при отсутствии его ускорения накопление ЛГ и, соответственно, пик его концентрации и овуляция будут невозможны (персистенция фолликула).

Регулярной работа этого механизма становится лишь к возрасту 17–19 лет, когда пубертатный период остаётся позади.

При этом **истончение и разрыв** стенки фолликула невозможны без воздействия эстрогенов, простагландинов и протеолитических ферментов, содержащихся в фолликулярной жидкости, а также окситоцина и релаксина.

Описанные сложные, взаимосвязанные **процессы первой фазы цикла могут занимать разное количество дней** — это зависит от рецепторной, ферментной активности всех уровней регуляции менструального цикла, от чувствительности центральных уровней системы как к вышележащим, так и к периферическим регуляторам. Повлиять на продолжительность первой фазы могут и временные обстоятельства — любой стресс (психический, климатический, физический), нарушение биоритмов (в зоне риска, например, женщины-медики из-за частых суточных дежурств, бизнесвумен с их постоянными командировками со сменной часовых поясов), приём некоторых лекарственных средств.

Нормальным принято считать **овуляторный менструальный цикл**. Тем не менее один-два случайных ановуляторных цикла в течение года при условии регулярности менструации тоже рассматривают как физиологическое состояние. Количество «холостых» циклов имеет тенденцию к увеличению с возрастом.

Внимание... марш!

После овуляции в полость фолликула быстро врастают многочисленные капилляры — начинается **лютеиновая фаза** яичникового цикла. С этого момента гранулёзные клетки фолликула подвергаются процессу лютеинизации (от лат. *luteus* — «шафранно-жёлтый») и под влиянием ЛГ активно секретируют прогестерон. Сопутствующее накопление холестерина придаёт ткани жёлтый цвет, что, собственно, и стало **основанием** для

возникновения названия «жёлтое тело» (*corpus luteum*).

Если зачатие не наступило, уровень прогестерона достигает максимума приблизительно через неделю после овуляции — это так называемая **фаза расцвета** жёлтого тела. За ней следует постепенный спад гестагенной активности, занимающий также неделю. Таким образом, продолжительность второй фазы менструального цикла **всегда** занимает одно и то же время — около 14 дней. Значит, общая продолжительность менструального цикла будет варьировать только за счёт длительности первой фазы. Чтобы рассчитать овуляцию, надо не поделить цикл пополам, а вычесть из даты ожидаемой менструации 14 стандартных дней второй фазы. То есть овуляция возникнет на 14-й день только при 28-дневном менструальном цикле. Женщины, имеющие нормальный регулярный цикл в 24 дня, должны знать, что их овуляция придётся на 10-й день ($24 - 14 = 10$). А если нормальная продолжительность цикла у женщины 35 дней, то овуляция «сдвинется» к 21-му дню ($35 - 14 = 21$).

По поводу **механизмов регресса** жёлтого тела до сих пор идут дискуссии. Установлено, что снижающаяся концентрация эстрогенов больше не поддерживает «высокий ритм» выработки ГнРГ, а прогестерон задействует механизм отрицательной обратной связи, и выработка ЛГ прогрессивно уменьшается. Без мощной центральной гормональной поддержки жёлтое тело претерпевает инволюцию, превращаясь в белое тело.

В случае наступления гестации основную **лютеотропную функцию** выполняет «периферический» гонадотропин человека — хорионический (ХГЧ). В этой ситуации *corpus luteum* продолжает активно вырабатывать прогестерон на протяжении I триместра в качестве **жёлтого тела беременности** (*corpus luteum graviditatis*), постепенно передавая свои обязанности по поддержанию гестации плаценте.

Отметим, что нарушение пульсирующего ритма секреции ГнРГ в перивуляторный период и в момент овуляции служит **центральным механизмом** формирования недостаточности лютеиновой фазы как эндокринного фактора бесплодия и невынашивания беременности в ранние сроки.

Я календарь переверну

Овуляция наступает через 24–48 ч после всплеска ЛГ. Фертильные дни можно рассчитать, зная день овуляции (за 14 сут до предполагаемой менструации) и период жизнеспособности яйцеклетки (20 ч после овуляции), а также время активности сперматозоидов (48 ч). Главным препятствием для использования этой схемы — в целях как планирования беременности, так и определения «опасных дней»! — служит её «ретроспективность». Угадать первый день следующей менструации в условиях даже регулярного цикла возможно далеко не всегда, а при нерегулярном — и вовсе невозможно. Вот почему календарный метод контрацепции — плохая идея, приводящая к 40 незапланированным беременностям у каждой 100 женщин, надеющихся на «натуральность» метода. И наоборот, пары, планирующие беременность, если не могут позволить регулярную половую жизнь (каждые 3 дня, т.е. 3 раза в неделю), могут пропускать оптимальные для зачатия дни.

В этой связи интерес представляет использование тест-полосок для определения овуляции. Этот метод основан на определении метаболитов ЛГ в моче в концентрации, соответствующей пиковому преовуляторному выбросу, аналогично определению беременности с помощью тест-полосок к метаболитам ХГЧ в моче.

С учётом вышеизложенных параметров «опасными» можно считать всего 3 дня с момента положительного результата теста. В стандартной упаковке, рассчитанной на один менструальный цикл, находится пять тест-полосок, которые следует начать использовать с 11-го дня цикла, если его продолжительность 28 дней. При другой продолжительности менструального цикла день начала тестирования зависит от дня предполагаемой овуляции (напомним — за 14 дней до ожидаемой менструации) и варьирует от 6-го при 21-дневном до 18-го при 35-дневном.

Широкому применению тест-полосок для определения овуляции препятствует их стоимость, необходимость использования в каждом менструальном цикле, а также контраверсионное представление о «продолжительности жизни» сперматозоидов (до 6 сут). Кроме того, эти тест-полоски неприменимы при патологических состояниях, связанных с заведомо повышенным уровнем ЛГ, например, они не будут эффективны у пациенток с СПКЯ. Этот подход также не охарактеризован в обновлённых Критериях приемлемости контрацептивных средств.



Одна из важных особенностей повседневной работы акушера-гинеколога состоит в том, что ему приходится быть не только профессиональным диагностом и врачом. Ещё один серьёзный аспект работы состоит в умении просто, доступно и аргументированно доносить до пациентки информацию о её репродуктивном здоровье (в том числе и об овуляции!) и способах его поддержания. Надеемся, что новая рубрика журнала будет в этом полезна. **SP**

Библиографию см. на с. 82–86.

ПАНАВИР®

Противовирусный препарат растительного происхождения

- Механизм позволяет напрямую воздействовать на вирус¹
- Хорошая переносимость²
- Широкий спектр действия

Комплексный подход в лечении герпеса и ВПЧ: местные и системные формы препарата Панавир®

- В 1,2–2 раза уменьшилась продолжительность проявления герпеса (рецидивов) по сравнению с данным до лечения³
- У 82,8% пациентов увеличилась длительность периода без симптомов герпеса в 1,5–2 раза⁴
- У 95,8% отмечено отсутствие симптомов ВПЧ после лечения⁵

Разрешен беременным со II триместра²



Косметическое средство спрей ПАНАВИР НОРМАЛГОР ИНТИМ.

1 «Совершенствование терапии цитомегаловирусной инфекции у мужчин», Н.И. Чернова, Ю.Н. Перламуртов, С.В. Стобул, «Клиническая дерматология и венерология», №3, 2016 г.
 2 Инструкция по применению лекарственного препарата Панавир® раствор для внутривенного введения 0,04 мг/мл, рег. номер Р N000299/02.
 3 «Современный подход к терапии рецидивирующей генитальной герпетической инфекции», Ю.Н. Перламуртов, Н.И. Чернова, «Врач», 2010 г.
 4 «Противовирусная терапия при рецидивирующем генитальном герпесе», П.А. Абакарова, Э.Р. Доалетханова, «Гинекология», 2014 г.
 5 «Генитальные кондиломы: терапия и профилактика», С. Роговская, Н. Подзолкова, А. Оламова, «Врач», 2010 г.

Реклама. Рег. удостоверения: Р N000299/02, ЛС-001696, ЛС-001697.

panavir.ru 8 800 555 222 9

КОМУ? СКОЛЬКО?

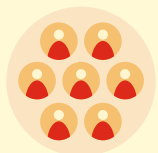
СПЕЦИАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ МЕДРАБОТНИКАМ СИСТЕМЫ ОМС С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ С 1 МАРТА 2024 ГОДА*



Правительство РФ утвердило **повышение ежемесячных социальных выплат:**



тем, кто трудится в сельской местности, районных центрах и малых городах



размер зависит от общего числа населения той территории, где трудится медработник



максимально — врачам первичного звена в населённых пунктах с населением менее **50 тыс. человек**

А Врачи ЦРБ, районных и сельских больниц, а также системы ФМБА

Б Большинство специалистов амбулаторного звена

В Сотрудники лабораторий, работающие по направлениям врачей первых двух категорий

Г Врачи скорой помощи

С 1 апреля на **выплаты по окладам** медицинских работников будет направляться **не менее 50%** фондов заработной платы медорганизаций

Выплаты не распространяются на руководителей медицинских организаций и их заместителей, на внутренних и внешних совместителей

	КОЛИЧЕСТВО ЖИТЕЛЕЙ В НАСЕЛЁННЫХ ПУНКТАХ			руб./мес
	< 50 000	50 000–100 000	> 100 000	
А Врачам центральных районных, районных и участковых больниц, а также больниц, находящихся в ведении ФМБА	50 000	29 000	18 500	
Б Врачам и медработникам с высшим (немедицинским) образованием учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, а также осуществляющих диспансерное наблюдение граждан	50 000	29 000	14 500	
В Врачам и медицинским работникам с высшим (немедицинским) образованием, выполняющим прижизненные гистологические и цитологические исследования по направлениям медицинских работников, указанных в пунктах А и Б	11 500	11 500	11 500	
Г Врачам скорой медицинской помощи	11 500	11 500	11 500	

Вывод: Доступность медицинской помощи в сельских регионах и малых городах **низка**. Государство **стимулирует врачей** и медработников работать именно там. Насколько эта политика позволит решить проблему кадров — **покажет время**.

* Постановление Правительства РФ №2568 от 31 декабря 2022 года в редакции от 20 марта 2024 года.