

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

Status Praesens

гинекология акушерства бесплодный брак

#1 [118] 02 / 2025 / StatusPraesens



Устаревшие
знания = врачебная
агрессия

ТЕМА

Национальный проект «Семья»: цели репродуктивной медицины до 2030 года поставлены! • ЦЖЗ вместо женских консультаций — новый стандарт акушерско-гинекологической службы? • Парадокс терапии ЖДЯ: причина — чаще гинекологическая, а лечат терапевты... • Применим ли европейский опыт регламентации медицинской помощи в российских реалиях? • Беременность, асцит и гидроторакс есть, а диагноза — нет!



Уважаемые коллеги!

Прошедший год стал юбилейным для Московского областного НИИ акушерства и гинекологии, который в 2024 году отметил своё **95-летие**. Это большой и сложный путь, в начале которого молодое советское государство оценило важность создания **центров научной мысли**, нацеленных на разработку новых методов лечения и подготовку **высококвалифицированных** врачей, способных решать самые сложные задачи.

Обучение врачей передовым стратегиям терапии, подготовке молодых кадров и передача им навыков от опытных клиницистов **не теряют актуальности** и сегодня. Никакие сложности нашей жизни **не должны затмевать** одну из главных целей любого специалиста, выбравшего своей профессией **помощь людям**, — необходимость постоянно и непрерывно расширять свои навыки, учиться новому и углублять имеющиеся знания.

Ежегодно в мире совершается большое количество **открытий**, возникают новые решения сложных клинических проблем, появляются инновационные методы лечения, способные революционным образом повлиять на весь **ход истории медицины**. Научно-исследовательские институты, где сконцентрирована работа с самыми сложными пациентами и многолетний опыт по анализу, переработке и адаптации исследовательской мысли в научно-методические разработки, могут и должны **помогать молодым врачам** держать руку на пульсе времени.

Нас ждёт период, наполненный множеством **профессиональных вызовов**. Однако, несмотря на объективные сложности, мы уверены, что совместно с сообществом специалистов репродуктивной медицины в своей работе наш институт всегда будет делать **особый акцент** на одной из важнейших задач, возложенной на нас ещё много десятков лет назад, — оказывать врачам акушерам-гинекологам, хирургам, неонатологам **непрерывную и всестороннюю** помощь в их благородной работе и готовить высокопрофессиональные кадры для нашей страны.

Желаю всем читателям журнала больших успехов в работе, оптимизма и новых свершений!

Проф. РАН, докт. мед. наук, главный внештатный специалист по акушерству Минздрава РФ,
директор Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии им. В.И. Краснопольского,
проф. **Р.Г. Шмаков**

Status

гинекология акуш

#1 [118] 02 / 2025 / 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, докт. мед. наук,
проф. Виктор Евсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liq.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

Ответственный секретарь редакции: 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, Мила Мартынова, Никита Катаев, Анастасия Хробостова, Полина Царёва

Препресс-директор: Нелли Демкова

Художественный директор: Лина Тавдумадзе

Арт-директор: Латип Латипов

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скуточкина

Выпускающие редакторы: Марина Осипова, Александра Лакодина

Инфографика и дизайн: Ирина Великанова, Ирина Климова

Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская

Руководитель отдела продаж: Галина Нестерова (gn@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 — 28 февраля 2025 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 000 ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №29432. 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: © redrosala / Коллекция/iStock. 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

maesen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамьян Лейла Владимировна (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Андреева Маргарита Дарчоевна (Краснодар)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
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)
Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Соленск)
Коноплянников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Кулешов Виталий Михайлович (Тюмень)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Куценко Ирина Георгиевна (Томск)
Лебедеенко Елизавета Юрьевна (Ростов-на-Дону)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)

Мингалёва Наталья Вячеславовна (Краснодар)
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)
Сахавудинова Индира Венеровна (Уфа)
Семёнов Юрий Алексеевич (Челябинск)
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)
Юпатов Евгений Юрьевич (Казань)

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

На страже здоровья женщин

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук,
проф. В.Е. Рагзинский о главной миссии специалистов репродуктивной
медицины

Акушеры-гинекологи должны сделать всё, чтобы к моменту принятия решения о деторождении женщина была здорова и готова к зачатию, беременности и родам. При этом особое значение имеет борьба с состояниями, ухудшающими репродуктивное здоровье, включая лечение инфекций в условиях растущей антибиотико- и антимикотикорезистентности.

14

НОВОСТИ

17

МЕДПОЛИТ

Быстро, качественно, удобно

Флагманские проекты развития акушерско-гинекологической службы
Гагжиева С.М., Власов И.С., Оленев А.С., Рагзинский В.Е.

Масштаб задач, стоящих перед специалистами репродуктивной медицины, впечатляет — внедрение цифровых моделей, сокращение времени на обследование и лечение. Сейчас в Москве сформированы 11 крупных объединений в составе многопрофильных больниц, при этом реализуется принципиально новый подход к оказанию амбулаторной помощи женскому населению.

21

VIA SCIENTIARUM



С немецкой скрупулёзностью

Критический обзор гайдлайна DGGG, OEGGG и SGGG по бактериальному вагинозу

Савичева А.М., Жукова А.И.

Эксперты Германии, Австрии и Швейцарии выпустили гайдлайн, позволяющий достичь консенсуса по вопросам диагностики, терапии и профилактики БВ. Новый документ должен способствовать более эффективному консультированию и лечению пациенток с этим заболеванием с учётом факторов риска, клинических и микроскопических данных.

29

РАБОТА НАД
ОШИБКАМИ

Тайный враг

Приверженность к лечению анемии — залог успешного исхода

Раевская О.А., Катаев Н.А.

ЖДА часто возникает при беременности, существенно влияя на материнскую смертность и коррелируя с повышенным риском кровотечений во время родов и в послеродовом периоде. Назначая пациентке терапию, стоит учитывать, что в патогенезе ЖДА может участвовать не только недостаток железа, но и дефицит меди и марганца, облегчающих усвоение Fe.

НОВЫЕ КНИГИ
StatusPraesens 2025

В ПРЕДПРОДАЖЕ!



2600 руб.*
~~4400 руб.~~

АНТИЭЙДЖ-ГИНЕКОЛОГИЯ
Эволюция и революция
Под ред. В.Е. Радзинского,
М.Р. Оразова



2000 руб.*
~~3600 руб.~~

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА XXI ВЕКА
Осмысление проблематики новой эпохи
Под ред. В.Е. Радзинского



2400 руб.*
~~3300 руб.~~

БИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА
Норма. Нарушения. Восстановление
Дополнительный тираж
Под ред. В.Е. Радзинского,
А.М. Савичевой



2600 руб.*
~~3300 руб.~~

ПЕРИНЕОЛОГИЯ. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ
2-е издание, дополненное
М.Р. Оразов, Л.Р. Токтар и соавт.
Под ред. В.Е. Радзинского



2100 руб.*
~~3900 руб.~~

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ АГРЕССИЯ
Под ред. В.Е. Радзинского



2100 руб.*
~~3300 руб.~~

ПРЕДИКТИВНОЕ АКУШЕРСТВО
2-е издание, дополненное
Под ред. В.Е. Радзинского,
С.А. Князева, И.Н. Костина

По вопросам приобретения:
+7 (901) 723 2273, praesens.ru



* Стоимость до выхода из типографии с учётом почтовой доставки по РФ.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

35 ПЕХТ-ПРОСВЕТ



Вопросы превенции и предикции

Мастопатия и комбинированные оральные контрацептивы

Оразов М.Р., Долгов Е.Д.

Назначение женщинам комбинированной гормональной контрацепции требует оценки риска заболеваний молочных желёз. Новые данные свидетельствуют, что длительный приём оральных контрацептивов способствует снижению выраженности ДДМЖ и не увеличивает вероятность РМЖ, однако при этом необходима онконастороженность.

41 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ

Критически важные

Практические нюансы лечения пациенток с кандидозным вульвовагинитом

Роговская С.И., Быкова О.А.

Candida albicans относят к числу наиболее частых возбудителей, ответственных за возникновение кандидозного вульвовагинита. Преодолевая систему врождённого иммунитета, грибы колонизируют эпителий влагалища, вызывая воспаление, зуд, жжение и диспареунию. Неприятные симптомы могут быстро купировать препараты группы азолов, однако заболевание часто рецидивирует.

49 ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ



Неудобные вопросы

Правила сбора полового анамнеза при вагинальных выделениях: мнение дерматовенеролога и медицинского юриста

Хрянин А.А., Радченко М.В.

Клинические проявления ИППП неспецифичны либо могут вообще отсутствовать. В этой ситуации анамнез становится существенным подспорьем для постановки диагноза. Чтобы правильно построить беседу с пациентом, вопросы следует адаптировать с учётом клинической ситуации, предусматривая при этом возможность предоставления недостоверной информации.

57 CONTRA-VERSION

Ложка дёгтя в бочке мёда

Секс-индуцированная дизурия: диагностика и лечение

Кульчавеня Е.В., Катаев Н.А.

Посткоитальный цистит относят к числу наиболее распространённых заболеваний урогенитального тракта, которое с трудом поддаётся профилактике. Причина заключается в заносе инфектов — чаще всего кишечной палочки — в мочевой пузырь из влагалища и прямой кишки. Эффективными мерами считают соблюдение личной гигиены перед половым актом и после него.



4-й НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
ANTI-AGEING
НОВОЕ ЦЕЛЕПОЛАГАНИЕ
В МЕДИЦИНЕ

23-25 МАЯ 2025 ГОДА

ПРИГЛАШАЕМ
К УЧАСТИЮ!

Место проведения

Москва, пл. Евразии, д. 2,
отель «Рэдиссон Славянская»

Регистрация
на praesens.ru

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



Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

63 BACK-UP



Рожать нельзя подождать

Стратегия ведения беременных при угрозе преждевременных родов
Фаткуллин И.Ф.

В руках акушеров-гинекологов нет эффективных рычагов профилактики преждевременных родов и пролонгирования беременности. Однако токолитическая терапия позволяет решить одну из основных проблем недонашивания — предупреждение РДС. Синдром относят к числу самых частых и тяжёлых заболеваний раннего неонатального периода, который приводит к гибели 25% недоношенных. При невозможности предотвращения преждевременных родов основное внимание следует уделять выбору способа родоразрешения, а также качеству реанимационной и неонатальной помощи, которая может улучшить исходы как для новорождённого, так и для женщины.

71 АНАТОМИЯ
ДОСТОВЕРНОСТИ

В споре рождается истина

Критический обзор бестселлера StatusPraesens: от акушерской агрессии к безопасному материнству
Линёва О.И.

Скоро в свет выйдет новая редакция книги «Акушерская агрессия». В этом глобальном научном труде команды экспертов в области акушерства, гинекологии и репродуктологии под руководством члена-корр. РАН, засл. деятеля науки РФ, проф. В.Е. Радзинского рассмотрены самые спорные и злободневные проблемы, которые возникают при ведении женщины, собирающейся стать матерью. В издании подробно разобран весь путь, который проходит пациентка, начиная от женской консультации и заканчивая родблоком. Наиболее интересные главы книги прокомментировала проф. кафедры акушерства и гинекологии Института педиатрии СамГМУ, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф. О.И. Линёва.

79 CASUISTICA



Без диагноза

Обзор клинического случая тяжёлой преэклампсии
Князев С.А.

Беременность, асцит и гидроторакс есть — диагноза нет! Представляем крайне интересный клинический случай. Помощь пациентке с двусторонним паранефритом, анемией и анасаркой неясного генеза потребовала консолидации большого числа врачебных и организационных ресурсов, а также поддержки и смелости. Итогом стало успешное родоразрешение путём операции кесарева сечения, при этом удалось не только спасти пациентку, но и дать жизнь здоровому ребёнку.

84 ЛИТЕРАТУРА

на страже здоровья женщин

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о главной миссии специалистов репродуктивной медицины



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

Все **национальные проекты России** напрямую связаны с жизнью народа. С позиций женщин их главная биологическая функция — **репродукция!** Чем крепче, здоровее женщина, тем лучше потомство и жизнь всей семьи. 25 февраля 2025 года стране был представлен национальный проект «семья» о мерах по её укреплению и улучшению благосостояния на период до 2030 года. Он предусматривает создание **336 женских консультаций**, оснащение медицинскими изделиями 133 перинатальных центров и родильных домов, 180 детских больниц. Запланировано выполнение **485 тыс. циклов ЭКО**. Ещё один важный аспект — реализация региональных программ по **охране материнства и детства** во всех регионах. А это напрямую касается акушеров-гинекологов — всех, а не только наших читателей.

Непонятного, дискуссионного и неизученного в нашей специальности остаётся много. В рамках прошедшего в Санкт-Петербурге 13–15 февраля 2025 года **XI Общероссийского конференц-марафона** «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» член-корр. РАН, проф. Игорь Юрьевич **Коган** говорил о том, что дебют половой жизни у девушек в России происходит в 16 лет, а первые роды — в 30–32 года. Он также отметил, что важно **сокращать промежутки времени** между этими двумя событиями: первый сексуальный контакт **в идеале** должен завершаться беременностью и успешными родами. Мало что понимающие в реалиях современной репродуктивной медицины журналисты и блогеры тут же разносили эту фразу по многочисленным телеграм-каналам и сайтам. Несколько дней комментаторы с негодованием обсуждали, что чиновники и медики **хотят заставить (!) рожать** неокрепшие организмы, едва те познали радости любви.

Неправильно интерпретированный смысл — яркий пример непонимания **выдернутой из контекста** фразы. Конечно, мы, акушеры-гинекологи, стоим на страже здоровья матери и её будущих детей, мы бьёмся за каждую беременность, за каждого ещё не рождённого ребёнка и заинтересованы в **сохранении и укреплении репродуктивного потенциала** страны. Однако мы можем действовать только в рамках обеспечения здорового образа жизни, профилактических и лечебных мероприятий.

Из раза в раз мы обсуждаем на всех наших конференциях проблему **отроченного материнства**. За полтора десятилетия «свободного полёта» между коитархе и первыми родами женщина накапливает **тяжелейший багаж различных заболеваний, инфекций, воспалений, аборт**ов — и репродуктивный потенциал под угрозой. Логично, что «лучше быть здоровым и богатым»: **чем здоровее будущая мать**, тем благополучнее протекает гестация и выше вероятность, что роды и послеродовой период пройдут без осложнений. Но это **только медицинский аспект** деторождения. Помимо него есть масса других, которые мы, медики, не учитываем, в первую очередь — социальные.

Рожать или не рожать — это **выбор женщины**. Мы как специалисты охраны материнства и детства в свою очередь должны сделать всё, чтобы к моменту принятия решения о деторождении, если это случится, пациентка была **здорова и готова** к зачатию, беременности и родам. В этом состоит **наша миссия**.



Предотвращение состояний, **ухудшающих репродуктивное здоровье**, крайне важно, особенно если речь идёт о юных пациентках, которые только открывают для себя мир секса. Уму непостижимо: в XXI веке количество людей, страдающих от инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), **продолжает расти**. Да ещё и в самой уязвимой возрастной группе — **от 15 до 24 лет!** По-прежнему ИППП находятся среди лидеров заболеваемости населения во всём мире.

В интернете можно найти обилие информации по предохранению от ИППП, а в аптеках представлен широкий ассортимент эффективных барьерных средств контрацепции. ВОЗ и другие авторитетные медицинские организации продолжают разрабатывать **различные инициативы** по диагностике, профилактике и лечению ИППП — увы, они пока не

обеспечили ни снижения заболеваемости, ни тем более искоренения ни одной из них. «Ложку дёгтя» добавляет **растущая антибиотикорезистентность** — лечить ИППП становится труднее буквально с каждым днём.

При этом **сексуальное просвещение «прихрамывает»**: многие родители стесняются говорить об этом с детьми, а уроков полового воспитания в учебных заведениях нет. Сами подростки в силу возраста и малого жизненного опыта не осознают подстерегающие их опасности. Именно поэтому в данной ситуации так важна **просветительская миссия** акушеро-гинекологов.

Врачи женских консультаций могут повышать осведомлённость девушек на каждом профилактическом приёме. Это **не занимает много времени** — в ходе опроса достаточно задать пару уточняющих вопросов, упомянуть о факторах риска ИППП, необходимости использовать презервативы (особенно при беспорядочной половой жизни и частой смене сексуальных партнёров) и обращаться за медицинской помощью при появлении специфических симптомов (например, вагинальных выделений необычного цвета и запаха). Яркий пример **просветительской активности** — разрабатываемые экспертами **МАРС памяти для пациенток**, которые помогают легко ориентироваться в различных вопросах, связанных со здоровьем, и принимать осознанные решения.



Кстати, о первом сексуальном опыте. Он нередко становится причиной **дефлорационного цистита** — одной из разновидностей так называемой секс-индуцированной дизурии. При этом после полового акта пациентку беспокоят дискомфорт, боль внизу живота, частые позывы к мочеиспусканию и резь. Страх перед будущими обострениями не позволяет вести полноценную половую жизнь.

Опасения молодых пациенток не беспочвенны: действительно, мочевые инфекции — одни из наиболее часто рецидивирующих. Во многом это зависит от **состояния слизистой оболочки**, выстилающей нижние отделы мочевых путей. Частая смена сексуальных партнёров, ежедневное использование прокладок и тампонов, ношение синтетического белья, постоянное мытьё щелочным мылом грозят повреждением эпителия с появлением дизурических симптомов.

Впрочем, дизурические расстройства после секса могут возникнуть у женщин **любого возраста**, включая постменопаузальный. Это во многом зависит от индивидуальных особенностей больных, иммунитета, сопутствующих заболеваний. Я всегда подчёркиваю важность внимательного отношения и **чуткости** акушера-гинеколога к пришедшей к нему на приём пациентке. Главное — всегда **тщательно выявлять симптомы** и **вдумчиво выслушивать жалобы**. Иногда для решения проблемы нужна **консультация смежных специалистов**, а иногда — простые **профилактические рекомендации**, в том числе соблюдение правил гигиены половых органов и использование лубрикантов при сексуальном контакте. Именно поэтому активно спрашивайте и **слушайте**, что женщины озвучивают на приёме, поскольку это может быть ключом к разгадке и инструментом для решения проблемы.



Немало методических руководств и клинических протоколов посвящено патологическим выделениям из женских половых путей, в частности бактериальному вагинозу. Любой такой нормативный документ, подготовленный коллективом специалистов из различных медицинских организаций, содержит **своё положение и рекомендаций**, направленных на ведение пациенток, страдающих этим заболеванием. Важно, что жительницы любой страны независимо от языка и расы **испытывают одни и те же симптомы**, а методы диагностики и лечения в целом будут схожи.

В России есть свои клинические рекомендации, на которые мы опираемся при ведении пациенток, но всегда интересно **познакомиться с зарубежными гайдами** и узнать — а как у них, что

[За полтора десятилетия «свободного полёта» между коитархе и первыми родами женщина накапливает тяжелейший багаж различных заболеваний и абортов — и репродуктивный потенциал под угрозой.]

отличается, чем лечат? Именно поэтому мы подготовили **критический обзор**, включающий положения руководства, одобренного представителями ведущих медицинских профессиональных обществ Германии, Австрии и Швейцарии. Там есть различия и нюансы, а многое применимо и для нас, но **едино одно — цели**, которые преследуют отечественные и зарубежные акушеры-гинекологи: **элиминировать причину заболевания, снизить риск рецидивирования и сохранить репродуктивное здоровье женщин.**

Все мы слышали о растущей антибиотикорезистентности. Однако на пятки ей наступает ещё одна опасность — формирование **устойчивости к противогрибковым препаратам**. Особое значение для акушеров-гинекологов имеет вид *Candida albicans*. Не нужно напоминать о высокой частоте рецидивирующего кандидозного вульвовагинита (КВВ), вызываемого этими грибами. Только пролечили женщину, как через непродолжительное время она возвращается к нам с теми же симптомами.

Изменение схемы терапии позволяет добиться уменьшения повторных эпизодов, но полностью избавиться от заболевания — задача непростая. Например, широко используемые **азолы**, считающиеся одними из самых действенных противогрибковых средств, всё чаще оказываются бессильны перед кандидами. Почему это произошло? В том числе «благодаря» самолечению и **бесконтрольному приёму** препаратов женщинами по совету подруг и без консультации со специалистом.

Впрочем, эффективные медикаменты для лечения КВВ пока есть. И здесь акушеру-гинекологу важно вспомнить о своей просветительской миссии, а также установить **партнёрские отношения** с пациенткой. Специалист должен не только предоставлять рекомендации, но и обсуждать возможные варианты лечения, учитывать пожелания и опасения женщины и совместно избрать наиболее удобный подход к терапии. Только таким образом можно достичь **взаимопонимания и доверия**, что служит ключевым фактором успешного лечения и минимизации рисков рецидивирования.

В очередной раз хочется остановиться на грозном осложнении беременности, драматические последствия которого можно предотвратить, если всё сделать **грамотно и вовремя**. Речь о **преэклампсии**. Традиционно акушеры-гинекологи опираются на три ярких признака этого патологического состояния — повышение артериального давления, протеинурию и отёки. Однако нередко практика расходится с теорией, и порой доктора сталкиваются с необычными клиническими случаями, когда **признаки преэклампсии нестандартны** и значительно отличаются от тех, что описаны в учебных руководствах. Конечно, благополучный исход в подобных ситуациях способны обеспечить своевременная диагностика и лечение, что во многом зависит от самих пациенток, точнее — от их **обращения к врачу и постановки на учёт** по беременности в женскую консультацию.

[Проблема ПР нерешённая и нерешаемая — пока мы не знаем ни их причин, ни методов их предотвращения. Диагностика ПР затруднительна, профилактика неоднозначна, эффект от лечения непредсказуем.]

А что делать с теми, кто не ходит в поликлинику, не сдаёт анализы и избегает докторов? Сколько таких случаев, когда женщины вынашивали беременность «на авось» и попадали в родовспомогательное учреждение только при отхождении вод? Разумеется, этих пациенток не наблюдали системно с выполнением всех положенных для будущей матери исследований, из-за чего могут возникнуть разные «сюрпризы» со здоровьем. Так произошло с беременной с **асцитом и гидротораксом**, которой с 13-й до 28-й (!) недели гестации не могли верифицировать диагноз. Боль в пояснице, одышка и быстрая утомляемость, отмеченные у пациентки, — симптомы неспецифические. Однако позднее появление артериальной гипертензии и протеинурии помогло специалистам идентифицировать преэклампсию и назначить необходимую терапию. К счастью, благодаря слаженной работе команды врачей для матери и ребёнка всё закончилось благополучно.

Именно поэтому **каждый нестандартный и сложный** клинический случай важно доносить до аудитории на страницах профессиональных журналов и на выступлениях в рамках медицинских конференций. Это даёт возможность обмениваться опытом и мнениями, дискутировать и **подковывать себя теоретическими знаниями**, которые в любой момент могут пригодиться и на практике.

Преждевременные роды (ПР) были, есть и остаются **главной трудностью мировой перинатологии**. За последние 60 с лишним лет их частота не снизилась, хотя в арсенале врачей есть и мощные токолитики, и любые профилактические мероприятия, и возможность госпитализировать будущих матерей в отделения патологии беременности. К сожалению, проблема ПР **нерешённая и нерешаемая** — пока мы не знаем ни причин это-

го состояния, ни эффективных методов их предотвращения. Их диагностика затруднительна, существующая профилактика неоднозначна, эффект от лечения непредсказуем, а материальные затраты — колоссальные. И самое печальное, что именно ПР нередко становятся причиной инвалидизации и гибели детей вскоре после рождения.

Мы всеми силами боремся с таким несправедливым естественным отбором — **мы бьёмся за жизнь каждого** недоношенного младенца, причём делаем это весьма успешно. Сегодня материальные, научные, медицинские и кадровые ресурсы позволяют выхаживать даже тех, кто родился с весом менее 500 г, — когда-то такие достижения было и представить невозможно. Тем не менее, несмотря на наши успехи, до сих пор умирают дети в возрасте от 3 до 6 мес, страдающие от гипотрофии и кишечных инфекций. А ведь эти состояния можно предотвратить.

[Организационные улучшения акушерско-гинекологической помощи позволяют повысить качество наблюдения, обследования и лечения пациенток. И самое главное — экономить время и женщинам, и врачам!]

Главная проблема ПР — организационная. Для адекватной помощи недоношенному важны правильная маршрутизация в **стационары соответствующего уровня**, созданные для ведения осложнённой беременности (ПР, преэклампсии, задержки роста плода), а также **профилактика респираторного дистресс-синдрома**.

Важно учитывать анамнез и состояние здоровья будущей матери, поскольку существует ряд доказанных **факторов, повышающих риск ПР**. Среди них — курение, неблагоприятный социально-экономический статус, влияние вредных экологических условий, досрочные роды в анамнезе, наличие инфекционных заболеваний и истмико-цервикальная недостаточность.



В чём состоит концепция акушерско-гинекологической помощи? В единстве мнений и действий. Именно поэтому в работе любой масштабной системы необходим **стандарт, общий для всех** учреждений. Например, в Москве до недавнего времени насчитывали 121 женскую консультацию, 21 акушерский стационар и 36 гинекологических отделений. Количество медицинских учреждений впечатляло, однако можно ли считать это гарантией качества? Каждая отдельная единица работала по своим правилам, не везде предоставляли полный спектр обследований, что создавало эффект «разношёрстности» амбулаторного звена.

Создание 11 крупных объединений в составе многопрофильных больниц — **центров женского здоровья** — позволит добиться принципиально нового подхода к оказанию амбулаторной помощи москвичкам. Теперь в одном месте пациентка сможет пройти весь цикл диагностики и лечения — быть обследованной с помощью новейшего оборудования, получить все назначения специалистов, взаимодействовать с одной командой врачей.

Это очень **удобно и комфортно, а самое главное — эффективно**. Стало гораздо проще записаться к акушеру-гинекологу и сдать анализы. Ещё одно преимущество — улучшение выявления онкологических заболеваний репродуктивных органов — лидеров по смертности: рака молочной железы, тела и шейки матки.

Организационные улучшения позволяют повысить качество наблюдения, обследования и лечения пациенток. И самое главное — **экономить время всем: женщинам** — на походы по врачам и медицинским учреждениям, а врачам — на диагностику и выбор способов лечения. Все в выигрыше!



Все мы не понаслышке знаем, что **борьба с гормонофобией** порой оказывается даже сложнее, чем лечение заболеваний, для которых предназначены гормональные препараты. Удивительно, почему их боятся и обывательницы, и даже практикующие специалисты, которые, по идее, должны разбираться в современных лекарственных средствах, эффективность и безопасность которых доказаны в многочисленных серьёзных научных исследованиях.

В акушерстве и гинекологии есть два наиболее дискуссионных направления для применения гормонов — надёжная **контрацепция и коррекция климактерических расстройств**. Конечно, есть группы пациенток, которым гормонотерапия недоступна из-за наличия противопоказаний — эти состояния известны и прописаны в инструкциях по медицинскому применению лекарственных средств. Остальным же она будет на пользу **не только сиюминутно, но и в долгосрочной перспективе**. Протективные свойства гормонов изучены и доказаны, и мы регулярно об этом рассказываем на страницах журнала.


Хотя есть «скользкие места». Например, влияние гормональных препаратов, в частности комбинированных

оральных контрацептивов (КОК), на **состояние молочных желёз**. Повышает ли продолжительный приём КОК риск маммарных заболеваний, в том числе злокачественных опухолей? Сохраняется ли протективный эффект после их отмены? Модулирует ли риск рака молочной железы приём КОК при отягощённом семейном анамнезе или носительство мутаций генов *BRCA1* и *BRCA2*? Отвечать на эти вопросы следует с осторожностью, изучив актуальную медицинскую литературу.



Чтобы поддерживать свою квалификацию на высоком уровне, каждый медицинский специалист должен ежедневно уделять время чтению **профессиональных статей**. Однако где искать авторитетные источники и, самое главное, как найти на это время?

Медицина, в частности репродуктивная, — **нескончаемый источник** вдохновения, знаний и бесценного опыта. Именно поэтому мы постоянно работаем над созданием новых книг или освежаем уже вышедшие монографии. А как без этого — научные данные **постоянно обновляют и дополняют**, публикуют результаты клинических исследований, открывают новые методы диагностики и лечения заболеваний, разрабатывают инновационные лекарственные препараты и оборудование.

Без ложной скромности следует отметить, что за последние годы мир увидел много **ярких бестселлеров SP**, поистине ставших настольными книгами и реальной подмогой для специалистов репродуктивной медицины: «Очерки эндокринной гинекологии», «Предиктивное акушерство», «Перинеология. Эстетическая гинекология» и другие. И конечно, знаменитая «Акушерская агрессия», третье издание которой сейчас готовится к выходу. Однако для нас всегда важны мнения легендарных акушеров-гинекологов и практикующих врачей, для которых предназначены подобные книги: что вы хотите видеть на их страницах, на что обратить особое внимание, какими данными дополнить содержание. **Мы открыты для ваших предложений!** 



4-я ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ПРОГРЕСС-КОНФЕРЕНЦИЯ

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ И ПЕРИНЕОЛОГИЯ: БАЛАНС КРАСОТЫ И ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ

23-25 МАЯ 2025 ГОДА

ПРИГЛАШАЕМ
К УЧАСТИЮ!

Место проведения

Москва, пл. Евразии, д. 2,
отель «Рэдиссон Славянская»

Регистрация
на praesens.ru

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



StatusPraesens

МЕД ПОЛИТ

Для библиографических ссылок

• Гаджиева С.М., Власов И.С., Оленев А.С., Радзинский В.Е. Флагманские проекты развития акушерско-гинекологической службы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №1 (118). — С. 17–19.

быстро, качественно, удобно

Флагманские проекты развития акушерско-гинекологической службы



Авторы: Саига Мердановна **Гаджиева**, канд. мед. наук, зам. руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы; Игорь Сергеевич **Власов**, и.о. директора Центра мониторинга и развития медицинской помощи г. Москвы; Антон Сергеевич **Оленов**, докт. мед. наук, главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения г. Москвы, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ №31 им. Г.М. Савельевой, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; Виктор Евсеевич **Рагзинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, вице-президент РОАГ, президент МАРС (Москва)

Столица часто выступает в роли источника «искры», из которой «пламя» новой идеологии распространяется на всю страну, и медицина — не исключение. История знает немало примеров: на основе концепции приютов и убежищ для беременных, родильниц и новорождённых, разработанной московским врачом Григорием Львовичем Грауэрманом, была создана **сеть женских консультаций**, охвативших всю страну. В 30-е годы XX века это позволило **существенно снизить** материнскую и младенческую смертность, при этом организаторы здравоохранения сумели создать эту систему на фоне последствий Гражданской войны и интервенции.

Современные задачи, стоящие перед специалистами репродуктивной медицины, **не менее масштабны**: внедрение цифровых моделей, сокращение потерь времени на ожидание обследования и лечения, автоматизация процессов контроля и многое другое. Фантастика? Совсем нет. Более того, часть этих грандиозных проектов **уже стали реальностью**. Каких ещё целей предстоит достичь амбулаторному звену столичной акушерско-гинекологической службы?

Пройдённый этап создания каркаса акушерско-гинекологической службы в Москве — формирование 11 крупных объединений в составе многопрофильных больниц. Ранее в столице существовала разрозненная сеть, состоящая из 121 женской консультации, 21 акушерского стационара и 36 гинекологических отделений.

Первое, что бросалось в глаза на самом старте этого процесса, — крайняя **«разношёрстность» амбулаторного звена**: в 24% учреждений отсутствовали про-

цедурные кабинеты и в 21% — манипуляционные, в 12% — не существовало кабинета ультразвукового исследования (УЗИ), а 2,5% — не имели аппаратов для записи кардиотокограммы (КТГ). Однако самое удручающее обстоятельство заключалось в том, что в 80% организаций **не выполняли кольпоскопию** и в 60% — **УЗИ молочных желёз**. Было очевидно, что для построения новой системы акушерско-гинекологической помощи необходим соответствующий **стандарт, единый для всех учреждений**.

Новый стандарт

Без привлечения **профессионального сообщества** разработать новый стандарт невозможно. Именно поэтому базой для его создания стало **формирование рабочей группы** под руководством внештатных специалистов, с включением всех профильных заместителей главных врачей 11 объединений и заведующих женскими консультациями. Совместными усилиями появился **принципиально новый подход** к оказанию амбулаторной

[Выделение кабинетов доврачебного приёма позволяет достичь сразу нескольких целей: разгрузить поток пациенток к врачу и рационально использовать элиту среднего медицинского персонала — акушерок.]

помощи женскому населению. Его ключевыми моментами стали следующие положения.

- Единый подход к набору специалистов с **формированием кадрового состава**, обеспечивающего высокую доступность медицинской помощи.
- Единый стандарт **оснащения оборудованием**, позволяющий «под одной крышей» выполнить полный спектр диагностических процедур на современных высокотехнологичных аппаратах (УЗИ, маммография, скрининг плода и др.).
- Современные подходы к **профилактике и лечению**. Полный цикл оказания помощи — от диагностики до терапии, в том числе раннее выявление онкологических заболеваний, лечение бесплодия, заболеваний шейки матки, доброкачественных заболеваний молочной железы и др.
- Разработка **цифровых сервисов**: все виды дистанционной записи и интегрированные в единый цифровой контур результаты анализов, обследований и консультаций специалистов.
- Создание **центров женского здоровья** — мощнейших центров компетенции в структуре крупнейших многопрофильных больниц. Обеспечение преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями. Здоровье женщины будет находиться в руках одной команды профессиональных врачей.
- **Комфортные условия** для пациенток и медицинских работников.

Все акушерско-гинекологические участки сформированы по единому регламенту, из расчёта один участок на 4000 прикрепленного женского населения, на котором работают **один основной акушер-гинеколог и два замещающих**. Основной врач не может быть внешним совместителем или обслуживать более одного участка, за исключением случаев временного замещения на период не более 2 мес. Пороговое значение для формирования нового

участка — превышение числа прикрепленного населения на 20%.

Для обеспечения доступности **расписания работы** докторов, процедурных и диагностических кабинетов формируют по единому стандарту: под запись и приём женщин выделено 85% рабочего времени акушера-гинеколога и 95% — кабинетов инструментальной диагностики. Немаловажное функциональное звено в структуре женской консультации — **дежурный врач**, оказывающий помощь при наличии экстренных показаний, обращении пациенток с открытым листком нетрудоспособности или после выписки из стационара. График работы такого специалиста соответствует режиму данного амбулаторного подразделения, время ожидания приёма — не более 1 ч.

Важные структурные элементы стандарта, позволяющие **существенно разгрузить** приём акушера-гинеколога, — специальные кабинеты, позволяющие провести необходимые рутинные манипуляции без участия доктора. В **кабинете доврачебного приёма**, берущем начало из акушерского поста, измеряют артериальное давление, пульс, размеры таза, высоту стояния дна матки и окружность живота, а также оформляют направления на стандартные исследования, в **смотровом** — берут биоматериал на флору, цитологическое, бактериологическое исследование и полимеразную цепную реакцию (ПЦР), вводят или извлекают влагалищный пессарий. Такое распределение позволяет достичь сразу нескольких целей: разгрузить поток пациенток к врачу и **рационально использовать акушерок**, не превращая элиту среднего медицинского персонала в «писаря» направлений и рецептов.

Контроль и учёт

Испокон веков **диспансерное наблюдение** — головная боль любого заведующего женской консультацией. Пожел-

тевшие листки формы 030/у, журналы, на перелистывание которых уходит драгоценное время, потеря документов при перемещении кабинета или учреждения — всё это не может не сказаться на качестве наблюдения. При создании нового стандарта разработчики не могли пройти мимо этого важного компонента помощи женскому населению.

В 2025 году столичная акушерско-гинекологическая служба перейдёт на электронную форму ведения диспансерных групп, основа которой — «**проактивное**» **наблюдение**. Разработаны клиентские пути по целому ряду нозологий, в которых установлены **контрольные сроки** для каждого из этапов диагностики и маршрутизации. Цифровая модель даёт возможность не только оптимизировать диагностический и лечебный процессы, но и выводит контроль их соблюдения на принципиально новый уровень — **система подсказывает врачам** сроки обследования, выделяет пациенток, у которых нарушены диагностический или лечебный алгоритм, позволяя быстро работать с реестром диспансерной группы.

Намного проще также стал контроль для заведующего подразделением: новый функционал способен проводить **анализ существующей картины** всего подразделения, участка каждого врача и перейти в медицинскую карту любой пациентки, сразу получив представление о существующей ситуации в режиме реального времени.

Всё дело в цифре

Цифровая модель позволяет не только улучшить процесс диагностики или лечения. Она также избавляет пациенток от множества хлопот, **связанных с дополнительными посещениями** специалиста для выписки направлений, получения результатов анализов, проसживания в очередях для получения направления на исследование или госпитализацию. Экономится время, медицинская помощь **становится комфортнее**, и, соответственно, уменьшается число запущенных случаев опасных заболеваний, когда женщине было «недосуг» заниматься хождением по врачам. В конечном итоге всё это приведёт к увеличению продолжительности жизни

женского населения и улучшению её качества.

Все эти доводы подтверждают показатели. Только за прошедший год доля пациенток, сумевших попасть на приём к врачу в интервал 0–3 дней, выросла с 0,9 до 4%, в интервал 0–7 дней — с 3,6 до 55%. Качество диагностики повысило число диагностированных случаев рака на стадии *in situ*, то есть с максимально оптимистичным прогнозом для жизни.

В 2021 году рак молочной железы *in situ* выявили у 445 женщин, в 2022-м — у 441, в 2023-м — у 630, за первое полугодие 2024 года — у 500. Аналогичная картина при раке шейки матки *in situ*: в 2021 году — у 393 пациенток, в 2022-м — у 463, в 2023-м — у 903, в первом полугодии 2024 года — у 656. Даже с наиболее сложным для диагностики раком тела матки на стадии *in situ* ситуация внушает определённый оптимизм: в 2021 году на этой стадии заболевание диагностировали у 25 женщин, в 2022-м — у 82, в 2023-м — у 373 (!), в первом полугодии 2024 года — у 243.

Причём цифровая модель позволяет отслеживать и анализировать эти показатели не в режиме «постфактум», при работе с отчётами за прошедший календарный год, а в режиме реального времени.

В развитии цифровой модели ещё много этапов: синхронизация протоколов исследования в амбулаторной и стационарной картах, создание регистров для диспансерных групп, отладка комплекса для ведения беременности (от электронного регистра до дневников самоконтроля и автоматизированного расчёта индивидуальных рисков). Какие ещё проекты предложит женскому населению столичная организация медицинской помощи?

Равнение на Центр!

Идеология равного доступа к качественной помощи независимо от района проживания продиктовала необходимость создания единого шаблона для получения населением акушерско-гинекологической помощи, получившего название «Центр женского здоровья». Эти учреждения формируют по единому диагностическому и специализированному стандарту.

Кабинеты приёма.

- Дежурного акушера-гинеколога.
- Акушеров-гинекологов.
- Терапевта.
- Эндокринолога.
- Смотровой (приём акушерки).
- Психолога.

Кабинеты специализированного приёма.

- Лечения бесплодия.
- Заболеваний шейки матки с кольпо-скопией.
- Невынашивания.
- По раннему выявлению заболеваний молочной железы.

Кабинеты диагностического блока.

- КТГ.
- УЗИ.
- Функциональной диагностики.
- Маммографии.
- Антенатальной охраны плода.
- Забора крови.

[Шаг навстречу пациентке — создание комфортной и удобной для неё модели акушерско-гинекологической службы — залог того, что доверие и приверженность к «женским» врачам будут возрастать.]

Современная пациентка требовательна не только к качеству получения медицинской помощи. Конкуренция с развитым и набравшим силу коммерческим сектором поставщиков этих услуг заставляет подумать о **комфортности условий пребывания** в учреждении. С учётом этого при разработке проектов центров женского здоровья в них были включены следующие зоны.

- Комфортного ожидания.
- Комнаты поддержки грудного вскармливания.
- Игровые для детей.
- Вендинговые.

В настоящее время открыто пять центров женского здоровья, а в будущем году их число утроится.

Впереди планеты всей

Снижение рождаемости, общемировой тренд на малодетность, рост доли infertильных пар требует новых, **инно-гда и революционных подходов** к реше-

нию этих проблем. Осенью 2024 года в столице стартовал проект по сохранению репродуктивного здоровья: все женщины в возрасте от 25 до 39 лет* могут определить **уровень антимюллерова гормона** в рамках ОМС. При его снижении пациентку приглашают на консультацию акушера-гинеколога и при значении от 1,2 до 1,5 нг/мл информируют о возможности бесплатной **криоконсервации половых клеток и эмбрионов** с последующим хранением в течение нескольких лет.

В рамках программы также выполняют **генетическое тестирование** женщинам в возрасте старше 35 лет, с привычным невынашиванием или неудачными попытками ЭКО, а также с тяжёлыми нарушениями сперматогенеза у мужчин или наследственными заболеваниями в семье. В мире **нет аналогов** этой программы.



Итог коллективного труда рабочей группы — новый стандарт акушерско-гинекологической службы — позволяет не только повысить качество наблюдения, обследования или лечения. Не менее важны **эргономичность и удобство** получения медицинской помощи. Век скорости создаёт новый дефицит — **дефицит времени**, и современная женщина не может позволить себе тратить несколько часов на пребывание в очереди. Шаг навстречу пациентке — создание комфортной и удобной для неё модели акушерско-гинекологической службы — залог того, что **доверие и приверженность** к ней будут возрастать, что, надеемся, отразится на итоговом результате. **SP**

* При оперативных вмешательствах на яичниках или ранней менопаузе у ближайших родственниц в анамнезе нижний порог — 18 лет.

рожать нельзя подождать

Стратегия ведения беременных при угрозе преждевременных родов



Авторы: Ильдар Фаридович Фаткуллин, докт. мед. наук, проф., главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава РФ в Приволжском федеральном округе, проф. кафедры акушерства и гинекологии им. В.С. Груздева КГМУ, председатель Общества акушеров-гинекологов Республики Татарстан, лауреат Национальной премии «Репродуктивное завтра России» 2016 года (Казань)

Когда все усилия женщины, готовящейся стать матерью здорового ребёнка, идут прахом из-за преждевременных родов (ПР) — это поистине **трагическая ситуация**. Ведь при сроке гестации 22–24 нед смертность новорождённых достигает 97–98%, а при сроке 24–25 нед — 45%. Эту печальную статистику можно в значительной степени изменить, если учитывать **факторы риска** ПР, правильно **диагностировать** начало родовой деятельности и **продолжить** беременность. Если этого сделать не удалось, следует предпринять все меры для профилактики респираторного дистресс-синдрома новорождённого.

По статистике, ПР оказывают значительное влияние на здоровье и выживаемость новорождённых. Более 1 млн детей ежегодно умирает из-за осложнений, связанных с ПР, а многие выжившие становятся **инвалидами**. У них часто возникают проблемы со зрением и слухом, а **поведенческие расстройства** затрудняют их обучение. В 25–50% случаев наблюдают отдалённые **неврологические последствия**. Поэтому недоношенные дети, или (в соответствии с терминологией ВОЗ) «родившиеся раньше срока», представляют проблему как для медицины и здравоохранения, так и для общества в целом.

Пока усилия, направленные на снижение числа ПР, успеха не приносят — ежегодно в мире на свет появляются 15 млн недоношенных детей. Во многих случаях их жизнь обрывается в первые дни и месяцы после рождения. В соответствии с клиническими рекомендациями ПР вносят значительный вклад в структуру **неонатальной и младенческой смертности** — 70 и 36% соответственно¹.

Проблема ПР носит настолько **глобальный характер**, что ею занимаются учёные и практики самых разных специальностей. Мы, акушеры-гинекологи, работаем над вопросами предупреждения, прогнозирования и терапии ПР. Педиатры, неонатологи, реаниматологи — над оказанием помощи детям, родившимся недоношенными.

Интересен и **философский аспект** проблемы — требует ли она разрешения? Ответить на этот вопрос помогает история. На протяжении веков тысячи одарённых людей появлялись на свет недоношенными, с очень низкой и даже критической массой тела. Выжили, казалось бы, **вопреки отбору природы** без всякой медицинской помощи (её тогда просто не было), стали крупными учёными, общественными и политическими деятелями, оставили заметный след в науке, культуре, других сферах деятельности. Некоторые из них оказали существенное влияние на развитие нашего общества и историю человечества. В их числе Леонардо да Винчи, Альберт Эйнштейн, Чарльз Дарвин, Николай

[Более 1 млн детей ежегодно умирает из-за осложнений, связанных с ПР, а многие выжившие становятся инвалидами. У них часто возникают неврологические заболевания, проблемы со зрением и слухом.]

Коперник, Вольфганг Амадей Моцарт, Сальвадор Дали, Александр Пушкин, Наполеон Бонапарт, Александр Суворов, Уинстон Черчилль и многие другие. И этот замечательный список может быть продолжен.

По ступенькам истории

Учёные **Казанского государственного медицинского института** не оставались в стороне от решения проблемы ПР. Особенно остро она стояла в 90-е годы минувшего века. Тогда показатели неонатальной и младенческой смертности были очень высокими. В 70% случаев они были недоношенными. Поэтому представлялось необходимым создать отделение интенсивной терапии и реанимации (ОРИТ) новорождённых **в структуре родильного дома**. Такие отделения в те годы предусматривались преимущественно в научно-исследовательских учреждениях акушерского профиля и детских больницах. Именно туда доставлялись недоношенные из родильных домов. Между тем накопленный к тому времени опыт свидетельствовал о том, что **транспортировка** детей, «родившихся раньше времени»,

С организацией ОРИТ в родильном доме тема ПР стала одним из направлений научной и методической работы кафедры, а роддом и клиника — городским центром по ПР. В этой работе приняли активное участие и сотрудники кафедры педиатрии, возглавляемой проф. В.П. Булатовым, докт. мед. наук Л.К. Фазлеева и канд. мед. наук Н.Х. Габитова.

В последующие годы была сформирована основная **концепция эффективной помощи** при ПР. Она включала в себя решение целого спектра вопросов, начиная с прогнозирования риска ПР и их профилактики и заканчивая отказом от агрессивных методов родоразрешения. Внимание также уделялось улучшению реанимационной и неонатальной помощи.

В 2005—2007 годах сотрудники кафедры акушерства и гинекологии приняли участие в российском многоцентровом исследовании «Недоношенные дети, подвергшиеся реанимации. Анализ акушерской тактики». Оно включило 136 новорождённых, которым требовалась искусственная вентиляция лёгких. Его результаты оказались **удручающими** — выявленные причины тяжёлого состояния недоношенных были обусловлены не только сроком родоразрешения, но и качеством ведения беременности и родов.

[Усилия, направленные на снижение ПР, успеха не приносят — ежегодно в мире на свет появляются 15 млн недоношенных детей. Их жизнь нередко обрывается в первые дни и месяцы после рождения.]

негативно отражается на их выживаемости и последующем развитии.

Понимание проблемы обусловило следующий шаг — в 1993 году в новом родильном доме №1 г. Казани было создано ОРИТ новорождённых. Успешному решению этой достаточно сложной в организационном отношении задачи способствовали и мой **личный опыт** (в то время я был главным врачом этого родильного дома, одновременно заведующим кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМИ), и **научно-практическое сотрудничество** с ведущими российскими специалистами здравоохранения.

Главные ошибки:

- недоучёт факторов риска и отсутствие профилактики при амбулаторном наблюдении за беременными высокого риска ПР (по данным разных центров, доля таких случаев составляла 40—80%);
- неадекватная токолитическая терапия при поступлении в роддом (54—80%), которая могла бы обеспечить пролонгацию беременности и подготовку лёгких плода (25% беременных, направленных в роддом с угрожающими ПР, не получили никакой профилактики РДС плода,

а у 37,5% — проведён неполный курс лечения глюкокортикоидами);

- отсутствие обезболивания в родах (90%);
- невыполнение принципов бережного родоразрешения (70%)².

Результаты этого исследования, проведённого в различных городах Российской Федерации с хорошим уровнем организации службы родовспоможения и, казалось бы, эффективным взаимодействием с вузами и профильными НИИ, показали **наличие общих недостатков в стратегии** беременных с высоким риском ПР. Полученные данные во многом определили основные направления изучения проблемы, разработки и внедрения эффективных методов оказания помощи при ПР.

Через призму статистики

Прежде чем делать акцент на значимости проблемы ПР, стоит привести ряд статистических показателей. При родах в сроке 22—24 нед беременности смертность новорождённых в течение нескольких недель составляет 97—98%, и только у 1% выживших не отмечается нарушений развития нервной системы. Среди рождённых в сроке 24—25 нед выживают 55% новорождённых, но только 32% из них не имеют неврологических дефицитов в возрасте 18—22 мес¹.

Выживаемость недоношенных в значительной степени варьирует от срока гестации. При родах в сроке 26 нед практически 90% новорождённых погибают в течение 1 мес, после 26 нед 90,9% проживают более 168 ч, а 70,9% — более 1 мес³. Одним из наиболее значимых факторов, влияющих на продолжительность жизни ребёнка, выступает его масса тела при рождении. По мере её увеличения возрастает и число выживших недоношенных новорождённых³.

Число ПР, несмотря на внедрение в клиническую практику новых медицинских технологий и различных лекарственных препаратов, продолжает, к сожалению, расти. В России в 2023 году из 1 165 000 родов 50 900 произошли раньше срока, что составило приблизительно 4,4%⁴.

[В соответствии с клиническими рекомендациями преждевременными считают роды, наступившие в период беременности, который охватывает временной интервал от 22 до 36 нед 6 дней, при этом масса тела новорождённого может варьировать от 500 до 2500 г, а длина — от 25 до 45 см.]



© bernie_photo / Коллекция/Stock

Срок сроку рознь

В соответствии с клиническими рекомендациями преждевременными считаются роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 нед 6 дней¹, при этом масса тела новорождённого может варьировать от 500 до 2500 г, а длина — от 25 до 45 см. Тяжесть состояния недоношенных обусловлена незрелостью лёгких и респираторным дистресс-синдромом, внутрижелудочковыми кровоизлияниями, отсутствием терморегуляции, дезадаптацией обменных процессов и травматичностью родоразрешения. В совокупности эти данные диктуют **необходимость изучения** и разработки рекомендаций, **минимизирующих** акушерские причины неблагоприятного исхода. Различные подгруппы недоношенных имеют разные профили риска, что подчёркивает необходимость использования различных стратегий родоразрешения².

В соответствии с критериями ВОЗ классификация ПР строится на сроках беременности.

- Экстремально ранние ПР — 22–27 нед 6 дней. Им соответствуют:
 - глубокая недоношенность ребёнка;
 - экстремально низкая масса тела (до 1000 г);
 - крайне неблагоприятный прогноз.
- Очень ранние ПР — 28–31 нед 6 дней. Им соответствуют:
 - тяжёлая недоношенность;
 - очень низкая масса тела (до 1500 г);
 - неблагоприятный прогноз.
- Ранние ПР — 32–33 нед 6 дней. Им соответствуют:
 - недоношенность средней степени;
 - возможность благоприятного прогноза при эффективной помощи.



© h115800 / Коллекция/Геттак

[При оценке риска ПР в первую очередь нужно обратить внимание на состояние шейки матки. Доказано, что вероятность досрочного завершения беременности значительно выше при её длине менее 25 мм.]

- Поздние ПР — 34–36 нед 6 дней. Им соответствует: — благоприятный прогноз.

Предусмотрена также классификация ПР, введённая Американской коллегией акушеров-гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists). В соответствии с ней ПР делятся на:

- ПР раннего срока — менее 33 нед 6 дней;
- ПР позднего срока — 34–36 нед 6 дней.

Видим риски —
снижаем угрозу

К ПР могут приводить многие причины, однако большая их часть **изучена недостаточно**. Доказана роль урогенитальных инфекций, гормонального дисбаланса (дефицит прогестерона и другие эндокринопатии), иммунного статуса и генетической предрасположенности.

При оценке риска ПР в первую очередь необходимо обратить внимание

на **состояние шейки матки** — исход беременности во многом зависит от этого. Доказано, что вероятность досрочного завершения беременности значительно выше при длине шейки матки менее 25 мм. Такой **прогноз** можно сделать уже при трансвагинальном УЗИ начиная с 20-й недели беременности.

Ещё один фактор риска ПР — **истмико-цервикальная недостаточность**. Это понятие объединяет анатомическую или функциональную недостаточность шейки матки, которая не позволяет удерживать растущее плодное яйцо и приводит к досрочному завершению беременности. Наиболее частая причина этого состояния — **травмы** шейки матки вследствие абортов или других хирургических вмешательств, а также перенесённые инфекционно-воспалительные заболевания матки. Своевременное и правильное выполнение **серкляжа** или использование разгрузочного пессария часто позволяет пролонгировать беременность.

К числу возможных причин так называемого **бессимптомного укорочения** шейки матки при беременности относят «прогестероновый дефицит». По данным крупного метаанализа было установлено, что у пациенток группы высокого риска гестагенная терапия была ассоциирована со снижением риска перинатальной и неонатальной смертности, ПР и рождения детей с массой тела 3500 г и менее⁶.

При этом использование препаратов **прогестерона** у женщин со спонтанными ПР в анамнезе коррелировало с увеличением продолжительности гестации в среднем на 4–5 нед⁶. Однако перечисленные меры далеко не всегда позволяют исключить риск ПР. Это связано с тем, что выбор прицельного воздействия для предупреждения преждевременной сократительной активности матки пока невозможен из-за **мультифакторности** причин, которые её обуславливают.

Одна из важных причин ПР — **инфекционно-воспалительные** урогенитальные заболевания, особенно если процесс затрагивает влагалище. В этих случаях могут возникать ранние и сверхранные ПР — они характеризуются **наихудшим прогнозом** для жизни и здоровья новорождённого. Диагностика инфекционных заболеваний сложна, однако простой метод **определения pH** очень

эффективен в оценке благополучия биоценоза влагалища, а коррекция нарушений может дать хорошие результаты.

Уже бежать или пока подождать?

В руках акушеров-гинекологов существуют **эффективные рычаги профилактики ПР**, ранней идентификации начавшихся ПР и пролонгирования беременности. При невозможности предотвращения ПР основное внимание следует уделять **выбору способа родоразрешения**, а также качеству реанимационной и неонатальной помощи. Главная цель, достигаемая при решении этих задач, — улучшение исходов как для новорождённого, так и для женщины и её семьи. Сохранение жизни и здоровья ребёнка важно с учётом не только медицинского аспекта, но и **психосоциальных последствий**, так как его болезнь или смерть — тяжёлая психическая травма.

Основной вопрос заключается в том, как идентифицировать начавшиеся ПР? По различным данным, только около 20% беременных с **подозрением** на ПР рожают досрочно. До развития активной сократительной деятельности матки ПР часто не имеют специфических проявлений. Опасения пропустить ургентное состояние приводят к избыточной госпитализации беременных и назначению ненужной терапии. Пожалуй, это наиболее типичный пример **ятрогении** в акушерстве.

В 2008 году мы провели уникальное исследование, в ходе которого было изучено 900 случаев отказа в госпитализации беременных с направительным диагнозом «угрожающие преждевременные роды». После обследования в приёмном покое (УЗИ, цервикометрия и КТГ плода) диагноз женщинам не подтвердили и предложили продолжить наблюдение в женской консультации. Последующий анализ показал, что только девять из них были позднее госпитализированы в роддом с другими диагнозами и только одна (!) с ПР. Таким образом, требует решения вопрос, как **избежать гипердиагностики**, основанной только на жалобах, а порой и на желании амбулаторного врача подстраховать себя, госпитализировав пациентку.

[С учётом данных зарубежных и отечественных исследований, гайдлайнов профессиональных профильных ассоциаций в клинические рекомендации по ПР включены токолитические лекарственные средства.]

В настоящее время практикующий врач может использовать с этой целью несколько тестов, основанных на определении плацентарных белков — фосфорилированной формы протеин-1 связанного инсулиноподобного фактора роста (фПСИФР-1), плацентарного альфа-микроглобулина-1 (ПАМГ-1)¹. Появляясь во влагалищном содержимом при структурных изменениях в матке, предшествующих началу родов, они могут служить хорошими маркерами ПР.

Было показано, что определение ПАМГ-1 или фПСИФР-1 позволяет за 7–10 дней предсказать вероятность ПР. Чувствительность ПАМГ-1 у пациенток с угрожающими ПР и интактным плодным пузырьём составила 84%, специфичность 90%⁵.

Применение **тестов на плацентарные белки** в сочетании с УЗ-цервикометрией существенно улучшает диагностику ПР и применяется для определения показаний к госпитализации и маршрутизации женщин в зависимости от срока беременности. При отсутствии объективных признаков ПР — укорочения шейки матки по данным УЗ-цервикометрии и положительных результатов тестов на ПР — токолитическая терапия не рекомендована.

Приоритеты в терапии

Основная задача акушера-гинеколога — пролонгировать беременность. Она преследует три цели. Первая (оптимальная) — отсрочить рождение плода до срока 34–36 нед, когда качественные реанимационные мероприятия, как правило, обеспечивают благоприятный прогноз для жизни и здоровья ребёнка. Вторая задача заключается в отсрочке ПР на 48–72 ч для проведения курса профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) новорождённого. Третья — обеспечивает возможность перевода женщины с ПР в стационар более высокого уровня.

С учётом поставленных задач эффективная помощь при ПР подразумевает:

- правильную диагностику;
- назначение терапии, направленной на подавление или ослабление преждевременно возникших схваток (токолитическая терапия, или токолиз);
- назначение короткого курса глюкокортикоидов (дексаметазона или бетаметазона) для ускорения созревания сурфактанта лёгких плода (профилактика РДС);
- маршрутизацию в перинатальный центр II–III группы или роддом, имеющий в своей структуре отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых.

С учётом данных зарубежных и отечественных исследований, гайдлайнов профессиональных профильных ассоциаций в клинические рекомендации по ПР¹ включены следующие лекарственные средства для **токолиза**. В качестве первой линии рекомендованы нифедипин (блокатор медленных кальциевых каналов) и атозибан (блокатор окситоциновых рецепторов). В качестве второй линии используют индометацин (нестероидный противовоспалительный препарат).

Профилактика РДС — одна из основных задач при назначении токолитической терапии, поскольку этот синдром относится к числу самых частых и тяжёлых заболеваний раннего неонатального периода. Вследствие РДС погибает 25% недоношенных, а при рождении на 22–28-й неделе гестации эта цифра достигает 80%.

При клинических симптомах начавшихся ПР в сроки 24–33 нед может быть рекомендован короткий курс (48 ч) глюкокортикоидов. К сожалению, как показали результаты многоцентрового исследования (2005–2007)², а также текущий мониторинг ситуации в медицинских организациях Республики Татарстан и Приволжского федерального округа, этот алгоритм в силу различных объективных (несвоевременное обращение



Рис. Кесарево сечение с извлечением первого плода из двойни в плодном пузыре. Этапы операции.

за медицинской помощью) и субъективных (невыполнение клинических рекомендаций) причин выполняется далеко не всегда. Анализ случаев младенческой смертности от перинатальных причин в большинстве наблюдений свидетельствует об отсутствии профилактики РДС в сроке 24–33 нед.

Родоразрешение — непростой выбор

Способ родоразрешения при ПР до сих пор остаётся предметом **дискуссий**. Операция кесарева сечения не рекомендована в качестве метода выбора¹, хотя она и снижает риски тяжёлых неонатальных осложнений в сроке 24–28 нед, а при тазовом предлежании плода — до 33 нед. После 34 нед считают предпочтительными роды через естественные пути при соблюдении всех требований бережного родоразрешения (интранатальный токолиз, обезбоживание, второй период без защиты промежности, участие неонатолога-реаниматолога).

Наиболее серьёзное последствие ПР для недоношенного — это **родовая травма**, которая встречается в 7 раз чаще, чем при своевременных родах. Кесарево сечение снижает риск травматизации плода, но не исключает его.

Для улучшения перинатальных исходов мы разработали в 2006 году методику операции кесарева сечения с **извлечением маловесного плода в плодовых оболочках**⁷. Идея была предложена проф. В.Е. Радзинским на основании личного опыта. Принцип операции заключается в сохранении целостности плодного пузыря при выполнении разреза матки. Затем после извлечения плода в оболочках их вскрывают и переносят ребёнка на неонатальный реанимационный столик. В 2008 году в Казани было обследовано 80 младенцев, родоразрешённых в сроки 28–36 нед гестации по методу «копи-пара». Первые полученные результаты свидетельствовали о преимуществах кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре. Результаты клинических и инструментальных методов исследования продемонстрировали **разницу в неврологическом статусе** новорождённых основной группы при сравнении с контрольной. Количество и выраженность кровоизлияний, тяжесть церебральной ишемии и перинатальных поражений ЦНС при кесаревом сечении были ниже, чем при родах естественным путём.

В резолюции IV Съезда акушеров-гинекологов России (2008) методика кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре была предложена как операция выбора, она также вошла в российские клинические рекомендации по преждевременным родам¹ и кесареву сечению 2024 года⁸. Сегодня эта операция применяется во многих роддомах и перинатальных центрах страны.

В 2015 году мы предложили использовать специальную методику операции, которая позволяет извлечь плод в целом амниотическом пузыре **при многоплодной беременности** (рис.). Она, как правило, завершается раньше срока, а плоды имеют низкую массу тела. Результаты проведённого нами исследования подтвердили преимущества извлечения маловесных детей в целом плодном пузыре по сравнению с традиционным кесаревым сечением⁹.

В 2016 году наш опыт применения операции в целом плодном пузыре при ПР был представлен на XXV Европейском конгрессе по перинатальной медицине (Маастрихт, Нидерланды) с публикацией статьи в журнале The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine¹⁰.

Korga врачам остаётся только одно

Изучение, разработка и внедрение эффективных практик оказания медицинской помощи женщинам с ПР сводится к основной цели — обеспечить новорождённого необходимой **реанимационной помощью**. Для решения этой задачи следует транспортировать беременную и плод *in utero* в перинатальный центр или учреждение III уровня, которые имеют в своём составе ОРИТ и отделение второго этапа выхаживания новорождённых. Во всех протоколах диагностики угрожающих ПР, токолитической терапии, профилактики РДС плода прописана маршрутизация беременной в сопровождении акушерки с укладкой на роды. Она подразумевает три обязательных положения:

- роды в перинатальном центре;
- токолитическую терапию;
- профилактику РДС.

Только при развитии регулярной родовой деятельности **транспортировка** может осуществляться в ближайшее родо-вспомогательное учреждение.



Создание в России **трёхуровневой системы** оказания медицинской помощи, строительство в субъектах РФ современных **перинатальных центров**, разработка **клинических рекомендаций** (протоколов лечения), основанных на доказательной медицине, позволили в короткие сроки существенно снизить показатель младенческой смертности до исторического минимума в 4,5‰¹¹, что ниже, чем в среднем по Европе.

Тем не менее существует и ряд нерешённых вопросов. Они касаются, в частности, выяснения этиологии ПР. К активации общего пути родового акта при ПР приводит комплекс патологических процессов. Их триггером могут служить различные факторы, самый значимый из которых — ПР в анамнезе. Однако до сих пор **не удаётся выяснить механизмы**, запускающие ПР. Процесс родов у человека с молекулярной, генетической и поведенческой точек зрения уникален. На данный момент не существует идеальной животной модели для их изучения, поэтому ключевые моменты причин наступления родов разгадать пока не удаётся.

Проблема ПР из-за своей **медицинской, социальной, экономической значимости** находится в поле зрения учёных различных областей знаний. Возможно, использование персонализированного подхода в изучении причин и индивидуального прогнозирования ПР приблизит нас к её решению. Однако это не лёгкая и не быстро решаемая задача. **SP**

Библиографию см. на с. 84–86.

СУПЕРЛИМФ®

стандартизированный комплекс антимикробных пептидов и цитокинов

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

- 30 ЛЕТ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
- БОЛЕЕ 150 НАУЧНЫХ РАБОТ
(www.dissercart.com)
- БОЛЕЕ 18 ЛЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

- Снижает рецидивы хронических заболеваний¹
- Обладает противобактериальным, противогрибковым и противовирусным действием^{1,2}
- Ликвидирует воспаление, **активирует репаративные процессы**, стимулирует локальные клеточные и гуморальные механизмы³
- Способен подавлять рост и размножение St.aureus и E.coli⁴

ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Комплексное лечение хронического цистита, герпетических заболеваний урогенитального тракта, в том числе осложненных бактериальной и вирусными инфекциями¹

1. Инструкция по применению (вкладыш)
2. Казанчук Л.В., Галасюк Л.С., Тарган В.В., Вдовина О.А. Транспортировка беременных женщин плодом (до срока родов) в перинатальный центр. Журнал «Перинатология и акушерство». 2008. №1-2. С.57-60.
3. Казанчук Л.В., Савельева Л.А., Гильфанов Л.В., Дюпина Е.Н., Шабалинцев О.Н. Стратегия комплексного контроля качества родового процесса. Сборник «Современные технологии в акушерстве и гинекологии» (выпуск 1). СПб.: СПбГУ. 2014.
4. Мельниченко В.В., Галасюк Л.С., Тарган В.В., Вдовина О.А., Мельниченко В.В. Транспортировка беременных женщин плодом (до срока родов) в перинатальный центр. Журнал «Перинатология и акушерство». 2008. №1-2. С.57-60.

000 401 Штутгарт
191737 / МБББ
ул. Савинковская, д.23 в.1
Тел: +49 (0) 7141 49-49
www.statuspraesens.de

000 401 Штутгарт
191737 / МБББ
www.superlimf.ru



Анатомия
**ДОСТО
ВЕРНО
СТИ** 

Для библиографических ссылок
• Линёва О.И. Критический обзор
бестселлера StatusPraesens:
от акушерской агрессии к безопасному
материнству // StatusPraesens.

Гинекология, акушерство,
бесплодный брак. — 2025. —
№1 (118). — С. 71–76.

StatusPraesens

В споре рождается истина

Критический обзор бестселлера StatusPraesens:
от акушерской агрессии к безопасному материнству



Автор: Ольга Игоревна **Линёва**, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии Института педиатрии СамГМУ (Самара)

Любой медицинский продукт, будь то статья в специализированном журнале, клинические протоколы и методические рекомендации или научно-практическое руководство для клиницистов, **всегда должен учитывать** мнения и опыт всех представителей отрасли — практикующих специалистов, работающих «в полях», преподавателей профильных вузов, организаторов здравоохранения и многих других. И если услышать голоса всех коллег, желающих выразить свою точку зрения, то вышедшее издание становится не только обсуждаемым событием, но и источником знаний, настольной книгой врачей и реальной подмогой в их практической деятельности на долгие годы.

Один из таких ярких примеров — ставшая знаменитой **«Акушерская агрессия»**. Это глобальный научный труд команды ведущих экспертов акушерства, гинекологии и репродуктологии под руководством засл. деятеля науки РФ, члена-корр. РАН, проф. **Виктора Евсеевича Радзинского**. Мир видел уже не одно издание этого бестселлера: первое вышло в 2011 году¹, второе — в 2017-м², и каждое из них всколыхнуло акушерско-гинекологическую общественность. Тиражи уже давно раскуплены, и сейчас эти книги представляют собой редкость.

Однако научный прогресс не стоит на месте, и даже надёжные столпы знаний периодически **нуждаются в дополнениях и обновлениях** с учётом новых клинических исследований и открытий, данных отечественной и зарубежной статистики, общемировых медицинских трендов, изобилия версий и контраверсий. Именно поэтому в настоящее время редакция SP активно готовит **следующую версию монографии**, так полюбившейся специалистам, работающим в системе охраны материнства и детства. Нет никаких сомнений, что очередное издание во многом превзойдёт своих предшественников — не только по количеству страниц и наглядных иллюстраций (а их точно будет больше!), научных данных, исследований, цифр, но и, что особенно важно, **по количеству практических советов** и чётких предостережений, которые помогут врачам сформировать клиническое мышление и избежать порой трагических ошибок в работе.

[Акушеры-гинекологи страны были потрясены, озадачены, восхищены монографией проф. В.Е. Радзинского. Читатели оживлённо обсуждали многие дискуссионные аспекты проблем, затронутых в издании.]

Век внедрения новых технологий, информационного бума, обмена мнениями в интернете, на международных конференциях, съездах и симпозиумах, издания высококачественных монографий, руководств и пособий **можно ли чем-либо удивить** медицинское сообщество? Оказалось, да! Изначально акушеры-гинекологи страны были **потрясены, озадачены, восхищены** вышедшей в свет монографией проф. В.Е. Радзинского. После того как первый лёгкий «шок» прошёл, читатели стали снова и снова возвращаться к прочитанному и оживлённо обсуждать многие дискуссионные аспекты проблем, затронутых в издании.

Удиви меня, если сможешь

Я долго колебалась, решая вопрос о целесообразности изложения на страницах журнала своих «мыслей вслух» в **эпоху смены всех возможных парадигм** — репродуктивной, образовательной, лечебно-профилактической и т.д. При разговоре со своими ровесниками стало понятно: коллеги не хотят, чтобы их считали консерваторами или ортодоксами, неспособными к восприятию новых веяний и тенденций, поэтому предпочитают молчать. Мне захотелось **опровергнуть скептическое отношение** молодых и перспективных врачей к точке зрения клиницистов с большим стажем, а также объяснить свою позицию сдержанного, а не восторженного восприятия действительности. Далее мы будем следовать содержанию глав книги.

Демографические аспекты и стратегии перинатального риска

Кратко и убедительно, с чёткими статистическими выкладками автор описывает **неутешительный прогноз** демографической ситуации в стране, а также значимость службы родовспоможения в его преодолении. Остаётся только сделать вывод, что **судьба нации — в наших руках**. Однако без активной

Комментарий редакции

Обсуждение трудностей современной репродуктивной медицины и **участие в процессе** создания научных продуктов доступно всем специалистам — услышан будет каждый. Мы открыты для ваших мнений и приглашаем всех желающих поделиться отзывами, идеями и практическими советами, которые помогут коллегам в их повседневной деятельности. Здесь представлена **точка зрения о книге** «Акушерская агрессия» одного из титанов отрасли и друга нашего журнала — засл. врача РФ, докт. мед. наук, проф. Ольги Игоревны **Линёвой**. Её объёмный и структурированный анализ издания и глубокие мысли о проблемах профессии — ценный вклад в создание новой версии монографии, и редакционная коллегия обязательно учтёт всё это при подготовке проекта.

жизненной позиции каждого специалиста, без внедрения холистической модели охраны репродуктивного здоровья семьи с принципами **межведомственного и междисциплинарного взаимодействия**, без привлечения государственных законодательных рычагов воздействия на ситуацию, средств массовой информации, интернета акушеры-гинекологи бессильны на что-то повлиять. Каждый врач должен задуматься: всё ли я сделал для изменения ситуации? Необходимо **пересмотреть свою жизненную позицию** уже сегодня, поскольку завтра может быть поздно. Это также касается и стратегий перинатального риска. Материал актуален и представлен читателю с позиций современных требований, что не предполагает каких-либо дискуссий, а должно быть принято **как руководство к действию**.

Материнская и перинатальная смертность

Глубокий анализ структуры и причин материнской и перинатальной смертности, выполненный проф. В.Е. Радзинским как в мире в целом, так и в нашей стране, необходим **не только для организаторов здравоохранения** и руководителей службы, но и **для каждого практикующего врача**. Будучи главным акушером-гинекологом Самарской области, я имела возможность познакомиться с организацией акушерско-гинекологической службы в США, Великобритании, Нидерландах и убедилась, что в Советском Союзе была не только создана лучшая модель бесплатного здравоохранения с профилактической направленностью, но и внедрена **чёткая форма учёта и отчётности**.

Так, к нашему большому удивлению, в США представитель министерства здравоохранения одного из штатов смог ответить на вопросы о качественных показателях работы акушерско-гинекологической службы только через несколько дней и далеко не в полном объёме. Стало понятно, что такую **статистику просто не собирают**. В Великобритании ведение беременности, послеработного и послеродового периода после выписки из стационара отдано на откуп акушеркам антенатальных клиник и врачам общей практики. Преемственность в их работе, если о ней вообще можно говорить, **существенно уступает нашим** акушерско-терапевтическо-педиатрическим комплексам. Вывод прост: мы можем гордиться своими показателями материнской и перинатальной смертности, которые приближаются к значениям высокоразвитых стран Европы вопреки недостаточному финансированию и экономической нестабильности.

Врачебные ошибки и юридическая ответственность врача

Особого внимания в книге заслуживают разделы, посвящённые эволюции понятия **врачебных ошибок** в новом столетии и судебной активности как примете времени, поскольку автор обозначил **пути их преодоления**. Не вызывает никаких сомнений

необходимость обеспечить **конституционные права доктора**, защиту его профессиональной деятельности, прежде всего путём **страхования ответственности и создания законодательной базы**. Об этом давно говорят, но проблему так и не сдвинули с мёртвой точки. Прежде всего должны помочь профессиональные ассоциации и президиум Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ).

Практически каждый специалист в процессе своей трудовой деятельности допускал врачебные ошибки, глубоко переживал их, вплоть до отчаяния, психологических срывов, формирования синдрома профессионального выгорания и даже смены профессии. Именно поэтому в каждом конкретном случае следует **анализировать ошибку** с учётом всех обстоятельств. Не случайно акад. А.Ф. Билибин писал, что «...врач **трудится в условиях риска**, неопределённости и противоречивых ситуаций».

Откровенная исповедь учителей, наставников и корифеев современного акушерства о причинах врачебных ошибок и их преодолении **очень востребована в специальной литературе**, и необходимо возобновить это по аналогии с подобными изданиями проф. П.В. Маненкова, проф. И.И. Бенедиктова, проф. М.А. Репиной и др. Вспомним труд «Клинические анализы» известного отечественного хирурга, проф. Н.И. Пирогова: «Если здравый смысл нас учит избегать ошибок, если упрямый опыт, напротив, подтверждает, что ошибки неизбежны, то бесхитростный пересказ фактов из уст человека, когда он сам раскрывает механизм возникновения своих ошибок, может и будет нам прямо показывать, каким образом можно избежать ошибок и где ошибка неизбежна».

Женская консультация и отделение патологии беременных

Все перечисленные проф. В.Е. Радзинским **элементы акушерской агрессии** существуют, и от некоторых из них следует постепенно отказаться. При изложении материала автор использовал действенный приём — гиперболизацию ситуации, вплоть до лёгкого шока. Это сразу привлекает внимание читателя к проблеме, заставляет проанализировать её и понять своё отношение к ней. Сложилось чёткое представление, что основная задача оказания помощи пациенткам — **прегравидарная подготовка и настрой на положительный исход беременности**. Эта концепция не вызывает никаких возражений, и есть все возможности для её реализации. Позволю себе высказать свою точку зрения только по некоторым аспектам проблемы.

[Особого внимания в книге заслуживают разделы эволюции понятия врачебных ошибок в новом столетии и судебной активности как примете времени.]

[Основная задача оказания помощи пациенткам — прегравидарная подготовка и в дальнейшем настрой на положительный исход беременности.]

Существует версия, что **диагностическая полипрагмазия** — прямой путь к полипрагмазии лекарственной, то есть чем лучше выполняют диспансеризацию будущих матерей, тем больше обнаруживают отклонений от нормы и возможностей для помощи. Трудно не согласиться с этим тезисом, но нельзя доходить до полного абсурда. В 2004 году на секции «Материнская и перинатальная смертность» XVIII Европейского конгресса акушеров-гинекологов в Афинах развернулась оживлённая дискуссия, в рамках которой обсуждали две точки зрения.

Одна из них касалась целесообразности **расширения объёма обследования** беременных группы высокого риска в плане диагностики генетически детерминированных гемо- и тромбофилий по предложению британского проф. Нила Макинтоша (Neil McIntosh). Вторая — базировалась на предложении представителя ЮНИСЕФ* **сократить число явок в женскую консультацию** в период гестации до четырёх с измерением артериального давления, осмотром, аускультацией тонов плода, гравидометрией, анализом мочи и только двукратным анализом крови. Резюме участников дискуссии с открытым голосованием: стандарты ЮНИСЕФ можно внедрять только в развивающихся странах, где практически отсутствует какая-либо диспансеризация, а для развитых стран Европы это возврат в начало XX века.

Разберём следующую версию — полный отказ во время беременности от полипрагмазии и превентивного лечения. Во-первых, назначение лекарственных средств **с недоказанной активностью**, но с точно установленным отсутствием тератогенного, эмбрио- и фетотоксического действия — **не элемент акушерской агрессии**. В нашей стране всегда с большой осторожностью относились к назначению любых медикаментов в период эмбриогенеза. До сих пор в каждой статье или в докладе о фармакотерапии во время гестации весь мир ссылается на трагедию с назначением талидомида. Однако нас она не коснулась. А почему? Потому что основная заповедь врача — **не навреди** — была и остаётся доминирующей, и мы мало подвержены прессингу фармацевтических компаний. Во-вторых, в Кокрейновской базе для большинства лекарственных средств и методов лечения, используемых в акушерстве, **не дано категоричного заключения**, а вынесен честный вердикт «требуется проведение дальнейших исследований». В-третьих, мировое сообщество мало знакомо с научными работами отечественных авторов. Ведущие российские научные центры **редко привлекают** к участию в многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях. Это наша беда, но не наша вина.

* ЮНИСЕФ (United Nations Children's Fund) — программа ООН, которая помогает национальным усилиям по улучшению здоровья, питания, образования и общего благосостояния детей.



© emerson / Коллекция/stock

Отрадно, что в последнее десятилетие ситуация начинает исправляться. В связи с этим почему мы не должны учитывать **клинический опыт наших ведущих учёных** как не соответствующий уровню А и В по стандартам доказательной медицины? В нашей стране созданы и успешно развиваются **целые научные школы** акушеров-гинекологов с большим количеством защищённых кандидатских и докторских диссертаций, возглавляемые академиками и профессорами В.Е. Радзинским, А.А. Стрижаковым, Э.К. Айламазяном, Л.В. Адамян, И.С. Сидоровой, В.Н. Прилепской, А.Д. Макацарией и многими другими. Разве они не используют **принципы доказательной медицины** с правильным методологическим подходом и чёткой статистической обработкой полученных данных? Почему мы не должны руководствоваться их практическими рекомендациями, которые проверены нашей многолетней практикой, только потому, что **их нет в зарубежных стандартах и протоколах**? Это ошибочная тенденция.

Все мы хорошо знаем, какое **фиаско** потерпело американское рандомизированное многоцентровое плацебо-контролируемое крупномасштабное исследование в рамках «Инициативы во имя здоровья женщин» (Women's health initiative, WHI), посвящённое изучению рисков и преимуществ различных форм менопаузальной гормональной терапии (МГТ). Причины провала — не только небезопасность эстрогенного и гестагенного компонентов «старых» средств МГТ, но и дефектный дизайн исследования и слишком поздний старт приёма изучаемых препаратов.

К счастью, у нас нет финансовых возможностей и достаточно здравого смысла, чтобы не допустить такого скандала. Безусловно, **стандарты необходимы**, они помогают молодым врачам грамотно справиться с типичной ситуацией и в какой-то мере защищают специалистов юридически, а также позволяют рассчитать финансовые затраты на акушерско-гинекологическую службу. Однако они **нарушают принцип** персонализированного подхода к женщине.

Нельзя слепо переносить шаблонный подход на любую пациентку в любой «типичной ситуации». Хочется привести высказывание проф. М.М. Шехтмана:

[Безусловно, стандарты помогают справиться с типичной ситуацией, однако они нарушают принцип индивидуального персонифицированного подхода.]

«Важнейшая отрасль медицины — врачевание — сила науки и искусства. В нашем врачебном искусстве надо не только поставить диагноз, но и понять **душевный мир пациентки**, особенности её личности. Вот тогда мы выполним главный завет всех лучших времён — **«лечить не болезнь, а больного»**. Где та золотая середина, которая с одной стороны регламентирует нашу службу, что важно в акушерской специальности, а с другой — не нарушит основную заповедь медика? Однозначного ответа нет.

Ещё одно сомнение вызывает тезис о **нецелеобразности дородовой госпитализации** будущих матерей. У нас есть социально незащищённые слои населения, которым негде жить и нет возможности полноценно питаться. Почему государство из чисто гуманных соображений — и в меньшей степени с учётом медицинских показаний — не может создать этим пациенткам комфортные условия, надлежащее лечение и питание в палате патологии беременных при угрозе невынашивания, анемии и преэклампсии лёгкой степени тяжести, **не подлежащих госпитализации** в протокольном порядке? Конечно, может.

Другая специфическая особенность нашей страны — **огромная территория и плохие дороги**. Идёт тенденция закрытия родильных отделений в центральных районных больницах. Как же можно избежать дородовой госпитализации женщин в городские родильные дома и перинатальные центры с учётом факторов риска? Стоит ли бояться в этих случаях так называемого «симптома крокодила», когда длительное нахождение в стационаре подталкивает врачей к агрессии, включая необоснованные амниотомии? Ни в коем случае, поскольку из двух зол мы всегда должны выбирать меньшее.

С моей точки зрения, вызывает дискуссии вопрос о лечении и даже родоразрешении беременных в отделениях по профилю их **экстрагенитальных патологических состояний**. В период реструктуризации и реорганизации службы родовспоможения в Самарской области эту проблему решали радикально. С чем мы столкнулись? Узкие специалисты **не знают** особенностей течения основного заболевания во время беременности, **не умеют** диагностировать гестационные осложнения. Потребовалось несколько лет, чтобы скоординировать работу докторов с учётом региональных особенностей. Например, мы создали специализированную кардиоакушерскую службу на базе Самарского областного кардиологического диспансера с банком данных всей кардиологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста, с коррекцией патологических состояний, вплоть до выполнения операций как на этапе планирования гестации, так и во время беременности. Кроме того, на этой базе есть родильное отделение с кардиоакушерским дневным стационаром и кардиохирургическим неонатологическим отделением.

Мы имеем аналогичный опыт ведения будущих матерей с сахарным диабетом, неврологическими, урологическими и гематологическими заболеваниями совместно с узкими специалистами. Однако нужно разрешить территориям **индивидуально решать эту проблему** с учётом региональных особенностей.

Несколько слов о перспективах лечения **хронической плацентарной недостаточности**. Высказана версия, что начинать лечить её нужно **уже в I триместре** гестации, что целесообразно, поскольку в III — уже поздно. Однако есть более радикальная точка зрения зарубежных врачей, внедряемая в нашу практику: нет никаких эффективных методов лечения этого состояния. Здесь вопрос следует решать индивидуально. Если в результате обследования выявляют **декомпенсированную форму**, а срок более 30 нед, то беременность **однозначно нужно прерывать**. Когда аналогичную тактику выбирают при компенсированной форме плацентарной недостаточности, а плод нежизнеспособный, — это ошибка.

Разве у нас нет проверенных практикой методов лекарственного и немедикаментозного воздействия на фетоплацентарный комплекс? Кто доказал отсутствие компенсаторных возможностей плаценты? **Зачем идти по пути западной медицины**, которая уже понимает, что радикальная тактика родоразрешения при наличии нежизнеспособного плода увеличивает процент инвалидности родившегося ребёнка? При создании отечественного протокола нужно учитывать различные клинические ситуации и предоставлять врачам возможность **коллективно принимать взвешенное решение**.

Акушерская агрессия в родблке

В книге блестяще преподнесена проблема необоснованного родовозбуждения и родостимуляции, механизмы формирования дискоординированной родовой деятельности ятрогенного генеза и дистонии плечиков, недопустимость использования пресловутого «пособия» по Кристеллеру, раздел акушерской перинеологии, представлены пути преодоления акушерской агрессии с современных позиций. Не вызывает никаких возражений алгоритм оказания акушерской помощи при кровотечениях, необходимость снижения частоты кесарева сечения, по возможности — ведение родов с рубцом на матке через естественные родовые пути, признание безусловного авторитета эпидуральной анестезии. Тем не менее хотелось бы более подробно разобрать все основные **виды акушерского травматизма** матери и плода с выделением элементов акушерской агрессии и других патогенетических механизмов их развития.

[Ведение родов с рубцом на матке через естественные родовые пути — сложная задача для акушеров, которую можно назвать «высшим пилотажем».]

Ведение родов у женщин с рубцом на матке через естественные родовые пути — сложная задача для акушеров, которую можно назвать «высшим пилотажем». Это требует чёткой оценки состоятельности рубца вне и во время беременности с помощью современных методов диагностики, а также энтузиазма, мудрости, **высокой квалификации персонала** с обязательной госпитализацией женщины в лечебное учреждение II–III уровня. Влагалищные роды с рубцом на матке возможны только при соблюдении всех необходимых условий и положительном настрое пациентки.

Вторая серьёзная проблема — органосохраняющая тактика при **акушерских кровотечениях**. Да, специалисты обязаны выполнить весь **протокол этапности оказания помощи**. Однако, к сожалению, при неэффективности перевязки магистральных сосудов и наложения гемостатических швов на матку в отдельных случаях врачи **поздно решают вопрос о гистерэктомии** из-за боязни обвинения их в излишнем радикализме, не соответствующем веянию времени. На чаше весов — жизнь пациентки и орган репродукции. Если учесть, что современные препараты заместительной гормонотерапии после радикальных операций помогут купировать постгистерэктомический синдром, а суррогатное материнство даст возможность семье получить ребёнка, то оправдан ли такой риск?

По-видимому, не стоит предавать забвению слова отечественного акушера-гинеколога В.Ф. Снегирёва: **«Лучше иметь живую женщину без матки, чем мёртвую — с маткой»**. С нашей точки зрения, для преодоления акушерской агрессии в родах следует постоянно проводить мастер-классы по отработке алгоритма действий HELPERR при дистонии плечиков*, внутриматочной гидростатической баллонной тампонаде матки, наложению гемостатических швов на матку, технике перевязки магистральных сосудов, эпидуральной анестезии и др.

[Одно несомненно: отказ от агрессивного акушерства, предикция рисков, начиная с прегравидарного этапа, и персонализированный подход — прямой путь к безопасному материнству.]

[При неэффективности перевязки магистральных сосудов и наложения гемостатических швов на матку врачи иногда поздно решают вопрос о гистерэктомии из-за боязни обвинения в излишнем радикализме.]

Роды в воду и в домашних условиях

Аргументированно, просто и логично проф. В.Е. Радзинский изложил все плюсы и минусы проблемы. Эта практика **алогична**, а при современных методах обезболивания родов — **абсолютно нецелесообразна**. Нет необходимости вводить эту технологию в родильных домах с учётом предпочтений пациентки. Врачи **не должны идти на поводу** у непросвещённого населения. Автор привёл высказывание президента Немецкой ассоциации перинатальной медицины (Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin) Йохима Дуденхаузена (Joachim Dudenhausen): **«Люди — наземные млекопитающие; им предназначено природой рожать на суше»**.

Что касается «родов на дому», то после внедрения партнёрских родов и стратегии «Больница, доброжелательная к ребёнку» эту тактику тоже следует **рассматривать как устаревшую**. В рамках международного проекта HealthProm мы познакомились с ситуацией в британском городе Бате (Bath). Ведение родов на дому там разрешено только специально обученной акушерке, имеющей сертификат на каждый вариант альтернативных вариантов приёма родов. Вместе с консультантом акушером-гинекологом и врачом общей практики она проводит жёсткий отбор на ведение родов на дому (полное отсутствие каких-либо заболеваний и осложнений беременности, а также проживание женщины на расстоянии 10–15 мин езды

машиной скорой помощи с развёрнутой операционной).

Чтобы снизить репродуктивные потери и акушерские осложнения в случае, если роды на дому проводит **так называемая «духовная акушерка»** без медицинского образования, в нашей стране следует **добиться изменения законодательства** с привлечением к **судебной ответственности** этих лиц, как в случае выполнения криминального аборта.



Швейцарский хирург, лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине в 1909 году Теодор Кохер (Emil Theodor Kocher) сказал: **«Я так думаю, но, может быть, я и ошибаюсь»**. Изложив свой взгляд на отдельные аспекты проблем, затронутых в монографии «Акушерская агрессия», я скорее поставила вопросы, на которые **сложно получить однозначные ответы**, поэтому очень надеюсь на продолжение дискуссии на страницах журнала SP. Спасибо проф. В.Е. Радзинскому за глубокий философский труд, который **никого не оставил равнодушным** и создал благодатную почву для раздумий. Одно несомненно: **отказ от агрессивного акушерства, предикция рисков**, начиная с прегравидарного этапа, и **персонализированный подход** — прямой путь к **безопасному материнству**. Каждому акушеру-гинекологу будет полезно внимательно изучить новое издание монографии, сделать её своей настольной книгой и пересмотреть своё мировоззрение. **SP**

* Алгоритм HELPERR при дистонии плечиков: H (help) — позвать на помощь; E (evaluate for episiotomy) — подумать об эпизиотомии; L (legs) — ноги (приём Макробертса); P (pressure) — давление (над лобком); E (enter) — ввести руку (для внутреннего поворота); R (roll, all fours) — повернуть роженицу «на все четыре» — в коленно-локтевое положение; R (remove) — удалить, извлечь заднюю ручку.



9-я ОБЩЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ИНФЕКЦИИ

И ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

23-25 МАЯ 2025 ГОДА

ПРИГЛАШАЕМ
К УЧАСТИЮ!

Место проведения

Москва, пл. Евразии, д. 2,
отель «Рэдиссон Славянская»

Регистрация
на praesens.ru

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



A watercolor illustration of a woman from the waist up, holding a fetus. The woman has long, wavy hair and is wearing a dark blue top. The fetus is wrapped in a white cloth and is held in her arms. The background is a warm, golden-yellow color with soft, painterly textures. The overall style is soft and artistic.

casuistica

Для библиографических ссылок

• Князев С.А. Обзор клинического случая тяжёлой преэклампсии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №1 (118). — С. 79–82.

StatusPraesens

без диагноза

Обзор клинического случая тяжёлой преэклампсии

Автор-обозреватель: Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ им. М.П. Кончаловского, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы (Москва)

Одно из центральных событий «Сочинских контраверсий» — **переключка перинатальных центров (ПЦ)**, в ходе которой специалисты **обсуждают показатели** минувшего года, **дискутируют, обмениваются опытом** и мнениями по различным аспектам практической работы. Это мероприятие не ограничено определённым залом, где проходит подведение итогов и составление рейтинга. Переключкой можно считать гораздо большее количество заседаний, на которых коллеги докладывают **сложные клинические случаи** из собственной практики.

На секции «Будни перинатального центра» большой интерес аудитории вызвал доклад зам. главного врача по акушерству и гинекологии ПЦ ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова Марии Александровны Пониманской. Непростая ситуация, с которой пришлось столкнуться сотрудникам медицинского учреждения, потребовала консолидации большого числа **врачебных и организационных ресурсов**, а также выдержки и смелости.

Пациентка не имела полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), поэтому при наступлении беременности, первой для неё, она **не вставала на учёт в женскую консультацию**, а выборочно сдавала анализы или проходила исследования в частных медицинских организациях. **Никакого** системного наблюдения или положенного обследования не проводили. Возможно, так могло бы продолжаться до самых родов, однако жизнь распорядилась иначе.

Начало пути

В 13 нед беременности женщину стали беспокоить **боли в пояснице, одышка, слабость и быстрая утомляемость**, о чём она сообщила врачу частного медицинского центра. При ультразвуковом исследова-

нии (УЗИ) обнаружили асцит и гидроторакс: скопление жидкости до 800 мл в правом паранефральном пространстве и плевральной полости до 800 мл. Акушер-гинеколог амбулаторного звена вызвал бригаду скорой медицинской помощи, и пациентку транспортировали **в гинекологическое отделение** одной из городских больниц Москвы. В лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) провели клиничко-лабораторное исследование, включавшее УЗИ брюшной полости, почек и забрюшинного пространства, лимфатических узлов, молочных желёз и щитовидной железы, электрокардиографию, эхокардиографию (ЭхоКГ), гастро- и колоноскопию.

В ходе обследования диагностировали нормохромную нормоцитарную **анемию лёгкой степени и субклинический гипотиреоз**. Для исключения онкологического

[При наступлении беременности пациентка не встала на учёт. В сроке 13 нед при УЗИ обнаружили скопление жидкости до 800 мл в правом паранефральном пространстве и гидроторакс до 800 мл.]



Пониманская Мария Александровна, канд. мед. наук, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ЦАО г. Москвы, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова (Москва)

ности в условиях женской консультации и в клинко-диагностическом отделении (КДО) при родильном доме, продолжить антианемическую терапию препаратами трёхвалентного железа и приём левотироксина натрия. Причина асцита и гидроторакса осталась не выясненной.

Поиск продолжается

В сроке 19 нед у пациентки возобновились **тянущие боли в пояснице, озноб и лихорадка**, в связи с чем её госпитализировали в урологическое отделение ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова с диагнозом: «Беременность 19 нед. Почечная колика». После двукратного дренирования забрюшинного пространства женщину с диагнозом «анасарка неясного генеза» перевели в ПЦ того же ЛПУ, где в течение 3 нед **продолжили диагностический поиск**. Выполнили магнитно-резонансную и компьютерную томографию органов

Выполнили также Эхо-КГ, УЗИ брюшной, плевральной полостей, забрюшинного пространства, вен нижних конечностей, щитовидной железы, молочных желёз. Назначили **исследования на наличие заболеваний** бактериальной, вирусной и паразитарной этиологией, но возбудителей так и не обнаружили. По рекомендации врача-фтизиатра **исключили туберкулёз**. В общей сложности пациентку несколько раз проконсультировали разные специалисты — хирург, гематолог, эндокринолог, кардиолог, терапевт, однако диагноз так и не установили.

В связи с этим было принято решение о проведении **федерального консилиума** на базе НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова. На консилиуме были **высказаны предположения** о наличии у пациентки тяжёлого аутоиммунного патологического состояния, недостаточности системы комплемента, системных заболеваний и **рекомендованы следующие исследования**: повторное исследование онкомаркёров, системы комплемента, колоноскопия, гастроскопия, пункции плевральной и паранефральной полостей. Результаты рекомендованных исследований **не дали новой информации** и не приблизили к разгадке. **Объём жидкости** в забрюшинном пространстве **увеличивался**, что сопровождалось **усилением болей** в поясничной области.

Женщине **снова выполнили дренирование** забрюшинного пространства, которое впоследствии повторяли **ещё 7 раз**. Проводили антианемическую и антибактериальную терапию, профилактику венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений. С момента наступления беременности пациентка **потеряла 14 кг** массы тела, у неё сохранялись слабость и немотивированная усталость.

Неожиданный эффект

При очередном контроле клинического анализа крови у беременной определили **анемию тяжёлой степени**, концентрация гемоглобина снизилась до 68 г/л, в связи с чем женщине выполнили **трансфузию двух доз эритроцитарной массы** с положительным эффектом.

Учитывая высокую вероятность досрочного родоразрешения, было решено провести в 24 нед **профилактику респираторного дистресс-синдрома (РДС)** плода

[В сроке 19 нед беременности после двукратного дренирования забрюшинного пространства продолжили диагностический поиск. За 3 нед помимо асцита и гидроторакса никаких изменений не выявили.]

заболевания выполнили диагностическую лапароскопию и пункцию плеврального и паранефрального пространств с последующим цитологическим исследованием полученных материалов. **Раковых клеток** в аспиратах **не выявили**. При колоноскопии провели биопсию участка кишки для гистологического исследования. При первом просмотре стёкол в представленных фрагментах морфологическую картину трактовали как **подозрительную по лимфоме**, но при пересмотре **информация не подтвердилась**.

За время пребывания в стационаре пациентка получала антикоагулянтную, антианемическую и заместительную гормональную (левотироксин натрия) терапию. В сроке 18 нед будущую мать **выписали с диагнозом**: «Беременность 18–19 нед. Двусторонний паранефрит. Асцит. Двусторонний гидроторакс. Первичный субклинический гипотиреоз. Ангиопатия сетчатки». Женщине **рекомендовали наблюдение по беремен-**

брюшной полости, лёгких, малого таза. Помимо асцита и гидроторакса никаких изменений не выявили. По результатам клинко-лабораторных исследований: **анемия средней степени** (концентрация гемоглобина 86 г/л), **субклинический гипотиреоз**. Остальные показатели не выходили за пределы референсных значений.

Учитывая неясность с верификацией диагноза и неоднозначную трактовку клинической картины, беременную направили **на городской консилиум**, который рекомендовал провести **повторное обследование** пациентки по трём основным направлениям: онкологические, инфекционные и системные заболевания.

По данным УЗИ констатировали **нарастание объёма жидкости** в забрюшинном пространстве, достигшее около 2 л. Клинический анализ крови по-прежнему указывал на анемию (колебания концентрации гемоглобина составили от 74 до 98 г/л), в анализе мочи определили **умеренную протеинурию** (от 0,3 до 1 г/л).



© Miroslavhub / KonrequisiStock

[На сроке 26 нед появилась фебрильная лихорадка, стала нарастать одышка, отёки голеней и стоп. Пациентка стала резко набирать массу тела. В 28 нед впервые зафиксировали артериальную гипертензию.]

глюкокортикоидами по схеме: дексаметазон 8 мг каждые 8 ч. В течение 24 ч после проведения курса у пациентки по данным УЗИ **уменьшился объём жидкости** в забрюшинном пространстве и **гидроторакс**. Поскольку дренажи функционировали, было решено их оставить. На фоне положительной динамики женщину в сроке 25 нед **выписали домой**, под наблюдение врача КДО ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова. Благодаря помощи Департамента здравоохранения г. Москвы будущей матери в кратчайшие сроки оформили полис ОМС, и она **встала на учёт по беременности** в женскую консультацию при ПЦ.

Дома объём отделяемого по дренажам заметно уменьшился, улучшилось и субъективное состояние. Однако в 26 нед появилась **фебрильная лихорадка**, резко стала нарастать **одышка, отёки голеней и стоп**. Пациентку **вновь госпитализировали** в ПЦ в отделении патологии беременности ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ» с предварительным диагнозом: «Беременность 26,5 нед. Тазовое предлежание. Состояние после перенесённого дренирования асциты, реактивного двустороннего гидроторакса. Состояние после дренирования левого и правого забрюшинных пространств. Состояние после гемотрансфузии. Первичный гипотиреоз в стадии медикаментозной компенсации. Хронический поверхностный гастрит в стадии ремиссии. Анемия лёгкой степени».

Без диагноза

Поиск диагноза продолжался: врачи ПЦ проводили часы в изучении мировой научной литературы, пытаясь найти описание аналогичного или хотя бы похожего случая. Исключали сложные генетические аномалии, прионные болезни, однако диагноз так и не был поставлен.

Учитывая, что после курса профилактики РДС прошло 4 нед, пациентке назначили **повторный курс дексаметазона**,

но такого же эффекта, как от первого, не получили. Жидкость в забрюшинном пространстве продолжала вырабатываться, по дренажам ежедневно поступало **светлое серозное отделяемое** в общем объёме **до 900 мл**.

После второй госпитализации пациентка стала **резко набирать массу тела**, появились **генерализованные отёки**. В 28 нед впервые зафиксировали артериальную гипертензию. Протеинурию у женщины наблюдали ещё с 19 нед, в связи с этим для исключения или подтверждения преэклампсии исследовали **соотношение sFLT-1/PLGF***, которое превышало пороговое значение **в 2 раза**.

Начали **антигипертензивную, магнезиальную терапию**, каждые 3 дня осуществляли контроль биохимического анализа крови, коагулограммы, клинического анализа крови и суточной экскреции белка с мочой.

В 30 нед беременности на фоне максимальных доз антигипертензивной терапии (метилдопа 500 мг 4 раза в день, нифедипин 30 мг 2 раза в день) артериальное давление повысилось до 160/100 мм рт.ст., отмечено снижение уровня тромбоцитов до 145 тыс. Выставили диагноз **«тяжёлая преэклампсия»** и приняли решение о **родоразрешении путём кесарева сечения**. Операцию выполняла мультидисциплинарная команда, состоящая из акушеров-гинекологов, хирургов и урологов.

Интраоперационно из брюшной полости эвакуировали 3 л жидкости, визуально органы не изменены. На анализ взяли пробу асцитической жидкости, выполнили биопсию яичников, сальника. При гистологическом и цитологическом исследовании **атипических клеток не выявили**.

При всех имеющихся нарушениях у беременной **состояние плода** по данным УЗИ и доплерометрии оставалось **удовлетворительным**. Ребёнок родился с массой тела **1275 г**, с оценкой по шкале Апгар **7/8 баллов**. Его перевели в отделение реанимации новорождённых, где

он получал дыхательную поддержку через биназальные канюли.

В послеродовом периоде в течение 3 сут у пациентки сохранялась жидкость в забрюшинном пространстве, в течение 2 сут у неё отмечали брадикардию до 58 уд/мин. Однако начиная с 4-х суток состояние стало улучшаться, результаты лабораторных тестов пришли в норму. **На 10-е сутки женщину выписали** в удовлетворительном состоянии. Далее она пребывала в ПЦ, но уже в качестве матери по уходу за ребёнком в отделении патологии новорождённых и выхаживания недоношенных детей. Младенца выписали домой в возрасте **1 мес 30 дней** в удовлетворительном состоянии.



Клинический случай вызвал живой интерес аудитории, и от участников мероприятия прозвучал ряд интересных комментариев. Выступающие особенно оценили **скорость и эффективность коммуникации** специалистов разных направлений, которые свидетельствуют о **хорошей организации** столичной акушерской службы. Присутствующие в зале и модератор также особенно отметили **мужество и высокую профессиональную ответственность** коллег: несмотря на всю сложность ситуации и очевидное желание завершить беременность (подсознательно возникающее в голове любого акушера-гинеколога, сталкивающегося с проблемой, не поддающейся пониманию), врачи не пошли на поводу у эмоций, а проявили хладнокровие, позволившее **пролонгировать гестацию**, получить удовлетворительный результат и не просто спасти пациентку, но и подарить ей счастье материнства и дать жизнь здоровому ребёнку. Особой благодарности заслуживают также все участники городского и федерального консилиумов, благодаря которым был выработан **вектор обследований и лечения** и организована поддержка и помощь в их выполнении на всех этапах диагностического поиска. **SP**

* sFLT-1 — soluble fms-like tyrosine kinase-1, растворимая fms-подобная тирозинкиназа-1; PLGF — placental growth factor, плацентарный фактор роста.



10-й ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ:

ОТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ
К ЗДОРОВОЙ ГЕСТАЦИИ. ПРОБЛЕМЫ ВРТ

23-25 МАЯ 2025 ГОДА



ПРИГЛАШАЕМ
К УЧАСТИЮ!

Место проведения

Москва, пл. Евразии, д. 2,
отель «Рэдиссон Славянская»

Регистрация
на praesens.ru

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



ВРЕМЯ ДЕЙСТВОВАТЬ!

ПРИОРИТЕТЫ ВОЗ В ИЗУЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

Реализация целей ВОЗ по борьбе с ИППП, поставленных к 2030 году¹, близка к провалу!

Усилия по лечению не приносят ожидаемых результатов, а новые угрозы, такие как **антибиотикорезистентность**, лишь ухудшают положение дел. Нужны решительные меры для кардинального изменения курса! В конце 2024 года эксперты ВОЗ представили **приоритетные направления** исследований ИППП, обозначив **ключевые области**, требующие особого внимания и **инвестиций**².

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Оценка распространённости и заболеваемости инфекциями, вызванными *T. pallidum*, *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, а также генитальным герпесом

Анализ влияния ИППП на качество жизни, степень инвалидизации и социальные издержки

Анализ обращаемости за медицинской помощью по поводу ИППП в различных популяциях

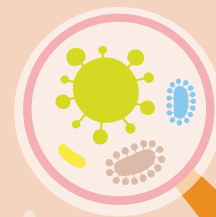
Улучшение понимания путей передачи ИППП в популяции с помощью инновационных методов

Исследование устойчивости ИППП к противомикробным препаратам

Определение роли *M. genitalium* в возникновении серьёзных осложнений

Изучение тяжести последствий заболеваний, вызванных *T. pallidum*, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, и генитального герпеса

Оценка взаимодействия между возбудителями ИППП и вагинальной микробиотой



ПРОФИЛАКТИКА

Создание многоцелевых профилактических технологий для защиты от ИППП при беременности

Разработка вакцин против инфекций, вызванных *N. gonorrhoeae*, вирусом простого герпеса, *T. pallidum*, *C. trachomatis*

Медицинское просвещение, направленное на улучшение профилактики, повышение осведомлённости об ИППП и совершенствование медицинских услуг

Оценка возможностей скрининга и лечения ИППП для снижения риска неблагоприятных исходов беременности

Изучение и реализация профилактических мер для предотвращения ИППП как до, так и после возможного контакта с ними



ДИАГНОСТИКА

Разработка недорогих и быстрых тестов для использования в медицинских учреждениях

Оценка диагностических тестов на ИППП, включая их приемлемость, осуществимость, эффективность и рентабельность

Разработка мультиплексных платформ для выявления возбудителей ИППП

Создание инновационных инструментов для диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза



ЛЕЧЕНИЕ

Разработка новых методов борьбы с инфекцией, вызванной *N. gonorrhoeae*, в различных анатомических локусах

Поиск пероральной альтернативы бензатина бензилпенициллину для лечения сифилиса во время беременности

Оценка эффективности лечения партнёров с ИППП, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода

Разработка и оценка стратегий по снижению стигматизации и неблагоприятных психосоциальных последствий, связанных с диагнозом ИППП

Создание инновационных методов лечения ИППП



Вывод: Десятилетиями борьба с ИППП опиралась на устаревшие методы и подходы. Результат — **стагнация в достижении целей** глобальной стратегии ВОЗ, направленной на искоренение ИППП как проблемы общественного здравоохранения к 2030 году. Нужны не просто громкие лозунги, а **реальные шаги и чёткий план действий**. Иначе все усилия и средства будут выброшены на ветер.

1. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. WHO, 2022. 110 p.

2. Gottlieb S.L., Spielman E., Abu-Raddad L. et al. WHO global research priorities for sexually transmitted infections // The Lancet Global Health. 2024. Vol. 12. № 9. P. e1544–e1551. [PMID: 39043199]