

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#5 |91| 11 / 2022 / StatusPraesens



тема **No** Меняем тренды!

Переключка перинатальных центров — от анализа к практической ценности • Кондиломатоз вульвы и влагалища — выбор тактики • Половой криз новорождённых — инициатор подросткового эндометриоза? • Климатогеографические особенности влияют на состав вагинальной микробиоты • Прегравидарная коррекция ИЦН: кому, когда, как?



Уважаемые коллеги!

Только первому на Земле человеку — Адаму — не было больно, когда из его ребра рождалась Ева, да и то потому, что Бог погрузил его в спасительный сон. То есть выполнил **первое обезболивание** хирургической операции, которую условно можно считать родами. В результате непослушания Евы в Эдемском саду Бог осудил не только её, но и **все поколения женщин** к мучительным родам. К счастью, в настоящее время божественное осуждение считают суеверием, а **обезболивание в родах** — общепринятой практикой. Я как анестезиолог-реаниматолог считаю, что нейроаксиальная анестезия кесарева сечения — наш долг и святая обязанность.

Отношение к осложнениям нейроаксиальных методов анестезии и аналгезии долгое время было до болезненного обострено, и, к счастью, ситуация изменилась к лучшему. Этому, на мой взгляд, способствовал **ряд причин**. Первая — **исторический конфуз**: вопреки логике рождение нейроаксиальных методов обезболивания **опоздало на 50 лет** — до этого представители хирургических и акушерских школ были воспитаны на общем наркозе. Таким образом, мы стали жертвами своих же достижений.

Вторая — **стремление к чудесам**, нередко свойственное врачам. Этим чудом и явился «волшебный сон», почва для которого в те времена была уже давно готова и представляла собой ежедневную практику криков, кошмаров и страхов, сопровождавших хирургические вмешательства. Появилась **возможность обещать** больному, что он заснёт и, «если даст Бог, проснётся», когда всё уже будет закончено.

Третья — **принципиальное отличие** только что родившейся, молодой анестезиологии, которая выделилась всё-таки из хирургии, от методов общей хирургии. Великий русский хирург и популяризатор спинальной анестезии С.С. Юдин писал: «...представим себе, что наука и человечество в качестве бесценного сокровища получили бы не общий наркоз, а спинномозговую анестезию. Легко себе представить, что это было бы за чудо, когда вместо диких криков в операционных зазвучали бы приветливые разговоры оперируемых больных со вспомогательным персоналом! Будучи единственным, метод быстро накопил бы огромные статистики, а вместе с тем параллельно шли бы обезвреживание и улучшение методики». Именно это словосочетание **«обезвреживание... методики»** приводит меня в восторг. Кто знает, не появились бы детище Августа Бира (August Bier) на 50 лет раньше, то и отношение к его недостаткам было бы более трезвым. К счастью, с течением времени, после тщательного анализа причин осложнений, излишняя доля субъективизма в оценке нейроаксиальных методов обезболивания уступила место их **спокойному и прочному признанию**.

Хочу пожелать всем коллегам успехов в работе, новых открытий и, конечно, здоровья!

Проф. кафедры анестезиологии и реаниматологии МОНКИ
им. М.Ф. Владимирского, проф. кафедры анестезиологии
и реаниматологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
докт. мед. наук **Е.М. Шифман**

Status

гинекология акушерство

5 [01] 11 / 2022 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liu.ru)

Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов

Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

Ответственный секретарь редакции: Алена Сергеевна Митина

Научные эксперты: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов

Медицинские и литературные редакторы: Ольга Быкова, Ольга Раевская, Мила Мартынова, Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва, Юлия Ермакова

Препресс-директор: Нелли Демкова

Художественный директор: Лина Тавдугмадзе

Арт-директор: Латип Латипов

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скучоткина

Выпускающий редактор: Ирина Соколенко

Инфографика и дизайн: Олег Зубрилин, Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шиббаева

Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская

Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)

Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 15 ноября 2022 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «ИПК Парето-Принт». 170546, Тверская область, промышленная зона Боровлёво-1, комплекс №3А, www.pareto-print.ru. Заказ №6655/22. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдугмадзе. Фото на обложке: © burwellphotography / Signature / 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

raesen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

statusPra

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

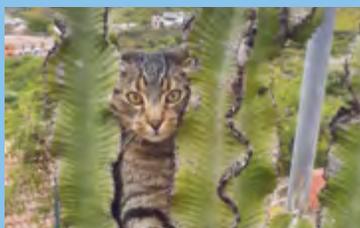
9 СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

О дивный новый мир

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о причинах и смысле постоянных метаморфоз в медицине

14 НОВОСТИ

19 МЕДПОЛИТ



Consensus omnium, или Согласие всех

Как обстоит дело с разработкой клинических рекомендаций?

Князев С.А.

В последние годы клинические рекомендации — обязательная тема любого научного симпозиума. Создаётся ощущение, что до их возведения в статус «священных текстов» остался один шаг. Однако на практике не всегда получается найти выход из сложной клинической ситуации по предлагаемым шаблонам. Почему возникают «тупики» в алгоритмах и схемах и можно ли создать «идеальные» протоколы?

24

Стремление к эталону

Итоги переключки перинатальных центров РФ за 2021 год

Костин И.Н.

Ежегодная сентябрьская переключка учреждений родовспоможения III уровня на «Сочинских контраверсиях» позволяет заинтересованным специалистам провести вдумчивый анализ показателей работы как конкретной медицинской организации, так и региона. Доверительная атмосфера способствует свободной дискуссии и открытому поиску решений для улучшения акушерских и перинатальных исходов.

29 ШКОЛА ЮРИДИЧЕСКОЙ САМООБОРОНЫ



Торг здесь неуместен...

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

Несмотря на постоянную модернизацию здравоохранения и внедрение клинических рекомендаций, количество претензий пациентов к врачам растёт. Регулярные опросы общественного мнения приводят к неутешительному выводу: представления наших граждан о справедливости сильно расходятся с реальностью. Тем временем суды продолжают принимать решения в пределах «свободы усмотрения» — чётких правил для расчётов компенсации морального вреда по-прежнему нет.

34 КАК ЭТО БЫЛО

16-е! Наши!

XVI Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». Как это было?

39 NEXT-ПРОСВЕТ

Точно по расписанию

Могут ли комбинированные контрацептивы обеспечить стабильность менструальноподобных кровотечений?

Оразов М.Р., Долгов Е.Д.

Современные комбинированные оральные контрацептивы обладают гораздо меньшим риском побочных явлений по сравнению с первыми представителями этой группы лекарственных средств. Однако и сегодня женщинам иногда приходится менять препарат из-за возникающих нежелательных изменений. Ситуация, когда пациентка «перепробовала всё», при этом продолжает отмечать мажущие кровянистые выделения или межменструальные кровотечения, не такая уж и казуистика.

44



Две точки на карте

Вагинальные лактобациллы. Сравнение видового состава в Санкт-Петербурге и Хабаровске

Будиловская О.В., Савичева А.М., Котельникова А.В., Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Милюткина Ю.П., Хуснутдинова Т.А., Крысанова А.А., Стрельникова Н.В.

Вагинальная микробиота, в частности лактобактерии, — важный фактор защиты от различных патогенов. При этом разные представители рода *Lactobacillus* отличаются определённым протективным потенциалом. Более того, их распространённость в популяции может быть связана с географическим расположением. Недавно в двух противоположных точках РФ была предпринята успешная попытка сравнить видовой состав микробиоты влагалища жительниц Санкт-Петербурга и Хабаровска.

51 ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Эндометриоидная гидра

Нестандартные подходы к терапии эндометриоза

Ярмолинская М.И., Дьяконов С.А.

Подходы к лечению наружного генитального эндометриоза и аденомиоза претерпевают постоянные улучшения, однако эти состояния по-прежнему таинственны и многолики. Сегодня невозможно полностью избавить от них пациенток. В то же время увеличение шансов реализации репродуктивной функции и поддержание максимально длительного безрецидивного периода — вполне решаемые задачи.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

65 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ

Молодость прогледать будете?

Anti-ageing-программа: действуем по нескольким направлениям (по материалам выступлений докт. мед. наук М.Р. Орозова, докт. мед. наук Е.С. Силантьевой, Е.Ю. Старковой)

Яцышина Д.В.

Мы привыкли, что возраст ассоциирован с накоплением груза проблем со здоровьем, обуславливающих потребность в постороннем уходе и помощи. Так ли обязателен этот «атрибут»? Следуя несложным повседневным правилам, можно дожить до преклонных лет и обеспечить активное долголетие. Разработаны и внедрены в клиническую практику эффективные инструменты, персонализированные методы, позволяющие если не обратить время вспять, то притормозить его бег.

72

Меняем тренды!

Современные возможности помощи при врождённых пороках развития плода

Раевская О.А., Мартынова М.А.

Ежегодно в России рождаются около 1500 детей с диагнозом *spina bifida*. Многие родители и специалисты воспринимают это состояние как приговор, поскольку не обладают полной информацией о перспективах лечения и жизни людей с этим заболеванием. В связи с этим пока в нашей стране доминирует тренд на прерывание беременности в этих ситуациях, и важнейшая задача — изменить его.

81 CONTRA-VERSION



Коррекция эндокринных нарушений: новеллы XXI века

Новые тренды ведения пациенток с гормонально обусловленными заболеваниями (по материалам выступлений доц. Е.В. Колесниковой, канд. мед. наук А.В. Борисовой, докт. мед. наук А.В. Легиной, доц. О.И. Климовой)

Быкова О.А.

За последние 5 лет агрегатор медицинского контента PubMed собрал более 6 тыс. публикаций по теме эндокринно обусловленных проблем репродуктивного здоровья. Тема поистине неисчерпаема. Врачу женской консультации, имеющему предельно сжатые рамки приёма невозможно самостоятельно отслеживать все профессиональные новеллы. Чтобы быть в курсе медицинских трендов, доктор должен прочитывать около 13 статей в день! Тем ценнее опыт экспертной оценки происходящего.

89 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

Нескрытая угроза

Комплексный подход в лечении кондиломатоза промежности и вульвы
Глухов Е.Ю., Нефф Е.И.

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

96



Не верь глазам своим

Истмико-цервикальная недостаточность: скрытые дефекты шейки матки и возможности их коррекции

Ящук А.Г., Яковлева О.В., Мусин И.И.

Повторные выкидыши и преждевременные роды ложатся экономическим бременем на общество и оказывают психологическое воздействие на пациенток и их родственников. После двух потерь беременности риск выкидыша увеличивается двукратно. Если в анамнезе были преждевременные роды, то существует опасность начала родовой деятельности раньше срока при последующей гестации. В описанных ситуациях далеко не последнюю роль играет истмико-цервикальная недостаточность.

100

Беды юности

Ювенильный эндометриоз

Кузнецова И.В.

Часто ювенильный эндометриоз обсуждают ретроспективно, как причину ухудшения качества жизни взрослой женщины. «Эгоистически взрослый» интерес привёл к тому, что сегодня нельзя точно определить распространённость заболевания в пубертатном периоде. Кроме того, акушеры-гинекологи иногда напрямую экстраполируют принципы ведения взрослых больных на юных пациенток, не смотря на бурные дискуссии о приемлемости тех или иных подходов в подростковой популяции.

107

ИНСТРУМЕНТАРИЙ

Есть ли преимущества различных витаминов и минералов для будущих матерей и их потомства?

«ПреМама Duo». Руководство продвинутого пользователя (доcье)

117

BACK-UP



Связь поколений

НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта: традиции неизменны

Москвичёва В.С., Мартынова М.А.

В 2022 году НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта отмечает юбилей — 225 лет со дня основания. Важнейшая особенность Института — бережное отношение к традициям. Каждое новое поколение врачей чтит память и обращается к опыту предшественников. Так, в 1989 году было принято решение присвоить учреждению имя Дмитрия Оскаровича Отта, внёсшего колоссальный вклад в развитие Института и отечественной репродуктивной медицины.

126

ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

О ДИВНЫЙ НОВЫЙ МИР

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Рагзинский
о причинах и смысле постоянных метаморфоз в медицине



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

Человек всегда стремился заглянуть в **будущее**. Сказочные существа в мифологии разных народов мира с даром предсказания, писатели-фантасты, предупреждающие в своих произведениях о возможных ошибках современников и потомков, музыка и кино... Во всех сферах культуры эта тема служила неиссякаемым источником вдохновения, толчком к постоянному улучшению жизни, всегда при этом порождая споры между обладателями **полярных точек зрения**. Некоторые с нетерпением ждут «ветер перемен», другие боятся или пока не готовы осознать и принять грядущие изменения.

Сегодня не подлежит сомнению тезис о том, что **ретроградство** в медицине **преступно!** Игнорировать достижения науки, слепо двигаться по проторённой колее недопустимо, поскольку это опасно для пациентов и губительно для профессиональных качеств самого врача. Однако и в настоящее время иногда **аргументы** по типу «нас так учили», «так всегда было принято в больнице» кажутся весомыми. Противостоять авторитетному мнению руководителей и более старших коллег, не только отслеживать, но и самому **менять тренды** в акушерстве и гинекологии под силу лишь единицам.

Вполне вероятно, что готовность и стремление к изменению привычного уклада могут быть заложены у нас в **генах**. Исследования в области нейробиологии, выполненные с участием десятков тысяч близнецов, обнаружили, что ДНК определяет то, как человек будет **реагировать на различные нововведения**. Таким образом, степень консерватизма зависит не только (а может, и не столько) от интеллекта, среды, воспитания, культурного влияния на личность, но и от биологических предпосылок, включая активность нейромедиаторов и другие «**запрограммированные**» индивидуальные особенности высшей нервной деятельности.

Пока ещё сложно сказать, в каком процентном соотношении генетический код и окружающая среда влияют на принятие метаморфоз. Однако более **комплексное понимание** того, чем могут быть обусловлены те или иные решения и на чём основаны наши умозаключения, позволит снизить вероятность ошибочных суждений и манипуляций.

Любой практикующий специалист должен **постоянно задавать себе вопросы**: действительно ли то, что я планирую назначить пациенту, необходимо? какие результаты обследования и терапии вероятны и что делать в каждом предполагаемом случае? Правильно ответить на них можно лишь при постоянном отслеживании новостей специальности, **перманентном совершенствовании** знаний и навыков. Нужно быть готовым к тому, что некоторые постулаты, казавшиеся ранее непоколебимыми, будут разрушены. Только развитое **критическое мышление** клинициста позволит понять, есть ли существенные основания к этому шагу и стоит ли поддаваться новым веяниям.



Вполне обоснован контраверсионный вопрос на призыв к критическому осмыслению: есть ли место для манёвра в эпоху **обязательных клинических рекомендаций**? Ответ однозначно положительный. Работа по заданным лекалам, на практике не всегда получается найти выход из сложной ситуации по предлагаемому шаблону. В настоящее время протоколы разработаны далеко не по всем нозологическим единицам. Кроме того, в них иногда отсутствуют чёткие алгоритмы и не предусмотрены все вероятные сценарии.

Противников и саботажников этих документов, категорически не воспринимающих любое нововведение, немало. Одни акушеры-гинекологи критикуют их за поверхностность, другие, напротив, за перегруженность информацией. Точно можно сказать одно: следование актуальным протоколам — **залог юридической безопасности врача** и мощное подспорье. При этом участие в **обсуждении проектов и конструктивная критика** действующих клинических рекомендаций позволят сдвинуть дело с мёртвой точки и приблизиться к **консенсусу** по основополагающим вопросам.



Некоторые патологические состояния проявляют удивительное **постоянство**. Так, кондиломатоз промежности и вульвы изучен, казалось бы, вдоль и поперёк. При этом он продолжает существенно снижать качество жизни многих женщин. Нередко после лечения возникают **рецидивы**, в том числе во время беременности.

Ведение пациенток с ВПЧ-обусловленными образованиями аногенитальной области — в принципе непростая задача. Кондиломатоз бывает сложно **дифференцировать** от аллергических изменений, раздражения после косметологических процедур. Самолечение и нетипичное течение также могут

усложнять выбор эффективной схемы лечения. Кроме того, пока не разработано доступных в рутинной практике средств этиотропной терапии, патогенетические методы всё ещё вызывают споры, продолжая постепенно «обращаться» доказательной базой. Если вирус **персистирует** в организме, очевидно, что рано или поздно появятся новые высыпания. Многое зависит от самой женщины и от того, насколько она будет придерживаться рекомендаций.



Компенсаторные возможности **иммунной системы** — важнейшее звено в предупреждении рецидивов ВПЧ-инфекции. Об этом знают не только врачи, но и большинство пациенток. Гораздо менее распространена «иммунная» гипотеза появления наружного генитального эндометриоза, предполагающая **нарушение надзорной функции**.

Ведение женщин с «болезнью-загадкой», как правило, включает непростой и **продолжительный диагностический поиск** причины болевого синдрома, а после её выявления — выбор гормональной терапии или выполнение хирургического лечения. Оперативные вмешательства у таких пациенток, кстати, активно теряют свои позиции.

Согласно обновлённому гайдлайну Европейского общества по репродукции человека и эмбриологии (European society of human reproduction and embryology, ESHRE), лапароскопию с гистологическим исследованием больше не считают «**золотым стандартом**» **диагностики** эндометриоза. Кроме того, после хирургического лечения крайне высок риск рецидива, особенно у молодых пациенток, женщин с избыточной массой тела и ожирением, — это подтверждают исследования. Поиск эффективных методов терапии продолжается.

К сожалению, мы не можем гарантировать пациентке полное излечение эндометриоза. В наших силах лишь устранить симптомы, повысить

шанс реализации репродуктивных планов и сделать максимально длительным безрецидивный период. Нарушение надзорной функции иммунной системы, ответственное за **персистенцию эндометриальных фрагментов** в брюшной полости с последующим формированием перитонеальных очагов, может быть одной из причин заболевания. Эта любознательная гипотеза, а главное — наличие рычагов воздействия на потенциальные поломки подтверждают необходимость **«снимать шоры»** и смотреть на возможности ведения пациенток несколько масштабнее, чем предписывают стандарты.



Если загадки «взрослого» эндометриоза пытаются решить исследователи всего мира, то **ювенильная форма** зачастую остаётся за пределами научных изысканий. Такой «эгоистически взрослый» интерес к проблеме оборачивается запоздалой диагностикой (задержка постановки диагноза — до 10 лет!), резким снижением качества жизни, бесплодием в будущем.

Казалось бы, **ребют** эндометриоза в препубертате **противоречит имплантационной теории** — если менархе нет, то нет и ретроградных менструаций! Однако эндометриальные стволовые клетки могут проникнуть в брюшную полость при неонатальном маточном кровотечении: предложенная гипотеза приблизит нас к разгадке некоторых аспектов этой болезни. Пока же ведение юных пациенток с предполагаемым или подтверждённым эндометриозом — настоящий вызов для клинициста.



Расширять кругозор полезно не только для улучшения результатов лечения. В эпоху **персонализированной медицины** важно учитывать потребности пациенток. Понимание того, что нужно каждой конкретной женщине с учётом **индивидуальных особенностей**, акушерско-гинекологического анамнеза и других нюансов можно сформировать при подробном опросе и осмотре в рамках одного приёма. Однако убедить в правильности выбранного подхода бывает непросто.

До сих пор некоторые женщины (и врачи!) с предубеждением относятся к **гормональной контрацепции** и отдают

[В настоящее время клинические рекомендации разработаны далеко не по всем нозологическим единицам. Кроме того, в них иногда отсутствуют чёткие алгоритмы и не предусмотрены все вероятные сценарии.]



© mediphotos / Signature/Stock

[В эпоху персонализированной медицины важно учитывать потребности пациенток. Понимание того, что нужно женщине с учётом индивидуальных особенностей, акушерско-гинекологического анамнеза и других нюансов можно сформировать при подробном опросе и осмотре в рамках одного приёма.]

предпочтение менее надёжным методам регулирования рождаемости. Иногда даже хирургический аборт (!) считают полноценной, более безопасной и удобной альтернативой.

Подобные гормонофобические настроения подлежат дальнейшему искоренению. При контрацептивном консультировании, которое входит в **обязанности акушеров-гинекологов**, следует выявлять «болевы́е точки» и страхи женщин, разбираться в истинных причинах недоверия. Это позволит рекомендовать оптимальный и эффективный метод предупреждения нежеланной беременности. К счастью, сегодня на фармакологическом рынке есть из чего выбирать.



Предупреждение абортов — эффективная мера сохранения репродуктивного здоровья. Использование надёжной контрацепции повышает вероятность успешного вынашивания и **деторождения**, когда женщина будет к этому **готова**. Однако под «готовностью» пары чаще всего подразумевают наличие материальных ресурсов, забывая о том, что **восполнить** нужно и другие, не видимые глазу **потребности**.

Необходимость лечения соматических и гинекологических заболеваний в прегравидарном периоде для многих очевидна.

Иногда без этого гестация просто невозможна. В то же время беременность — пусть и физиологическое состояние, но всё же предполагает увеличение нагрузки на организм. Это значит, что скрытые проблемы будут декомпенсированы. 33% анемизированных и 36% с ожирением — вот констатация ВОЗ и FIGO (2017 и 2018) о женщинах 15–49 лет в мире. Прогноза снижения этих болезней нет! Наш с вами контингент — больные вне и во время беременности женщины!

Современные пациентки, которые сознательно подходят к деторождению, посещают школы для будущих родителей, читают в интернете материалы по этой теме, считают себя хорошо информированными. Однако информации много, а рекомендации из разных источников часто **противоречивы**. Что разрешено есть, что лучше ограничить или вовсе исключить, сколько килограммов можно прибавить во время беременности, нужна ли дотация витаминов и минералов (если да, то каких и сколько)?

Разобраться в этих и многих других нюансах, волнующих будущих матерей, должен помогать врач, владеющий актуальной и **достоверной информацией** по вопросам прегравидарной подготовки и подходами к персонализированному ведению беременности и сохранению лактации. Использование научных данных в тандеме с усилиями пациентки снижа-

ет риски для неё и плода, к тому же **закладывает базу** для здоровья ребёнка на многие годы вперёд.



Одна из **непреложных в настоящее время истин** — необходимость дотации беременным фолиевой кислоты. Связь между дефицитом этого микронутриента и дефектами нервной трубки (ДНТ), в частности *spina bifida*, доказана.

Врачи не так часто встречают это патологическое состояние. При его выявлении в рамках скринингового обследования беременных не всегда бывает очевидна правильная тактика. Достаточно распространён **стереотип**, что ребёнок с ДНТ родится глубоким инвалидом. В связи с этим в нашей стране доминирует **тренд** на прерывание беременности в этих ситуациях, и важнейшая задача — **изменить** его.

[У пациенток, живущих в разных уголках нашей страны, видовой состав лактобацилл может отличаться. Такие нюансы недостаточно изучены, а то, что известно, пока не внедрено в медицинскую практику.]

Некоторые пациенты даже **не подозревают** у себя *spina bifida*. Заболевание может долгие годы никак не влиять на самочувствие. Дискомфорт появляется только при определённых обстоятельствах (активном занятии спортом, беременности). В более тяжёлых ситуациях патологическое состояние приводит к серьёзным и порой **непоправимым последствиям**, инвалидизации и даже смерти ребёнка.

В этом номере вы можете подробнее узнать о тактике ведения беременных с учётом **риска** ДНТ плода, какие существуют **современные методы лечения** и где его могут выполнить у нас в стране, а также **куда могут обратиться** семьи пациентов со *spina bifida* за помощью и поддержкой.



Подробный сбор акушерско-гинекологического анамнеза в рамках прегражданской подготовки, в том числе уточнение наличия и исходов предыдущих бере-

менностей, позволяет определить **потенциальные риски** и осложнения. В частности, если у женщины были преждевременные роды, то существует опасность начала родовой деятельности раньше срока при последующей гестации. Далеко не последнюю роль в этом играет **истико-цервикальная недостаточность**: на её долю приходится до трети случаев.

Готовность **поспорить с традиционными подходами** ведения пациенток с прерыванием беременности позволила приблизить решение этой проблемы. В середине прошлого века исследователь и практикующий врач Абрахам **Лаш** (Abraham Lash) одним из первых отметил, что возможную причину гестационных потерь — «несостоятельность внутреннего зева» — зачастую упускают из виду. Он высказал смелое для того времени предположение, что у женщин с выкидышами использование масла зародышей пшеницы и его производных,

гормонов щитовидной железы, передней доли гипофиза, паращитовидных желёз, прогестерона и эстрогена **неэффективно**, поскольку «в организме нет дефицита какого-либо из этих веществ».

Следуя принципу «критикуешь — предлагай», он разработал технику оперативного вмешательства на шейке матки при выявлении у пациенток **структурных изменений органа**. Именно их он назвал первопричиной потерь. Это вмешательство редко выполняют в повседневной практике, и сведения о его эффективности в медицинских источниках крайне скудны. Вполне вероятно, что оно **неоценено**. О впечатляющих результатах использования метода А. Лаши на клинических базах Башкирского государственного медицинского университета читайте в текущем выпуске.



История медицины знает немало «красноречивых» ситуаций, в которых действительно здравые идеи игнорируют

долгое время. Связь родовой горячки с грязными руками акушеров, о которой «посмел» высказать мнение Игнац **Земмельвейс** (Ignaz Philipp Semmelweis), более авторитетные коллеги посчитали неправдоподобной. Сегодня никто не сомневается в его догадке, но и стремление добиться полной «санации» — стерильности — женских половых путей тоже не входит в задачи акушера-гинеколога.

Естественная микробиота влагалища — важнейшее звено **защиты** от инфекций. Во всём нужен **баланс!** Этот тезис подтверждает перманентный поиск эффективного лечения пациенток с патологическими влагалищными выделениями. С высокой долей вероятности предположу, что **единого стандарта терапии** бактериального вагиноза для всех представительниц прекрасного пола мы ещё долго не увидим, если вообще когда-либо это произойдёт. И на то есть причина.

У пациенток, живущих в разных уголках нашей огромной страны, **видовой состав палочек Додерлейна** может отличаться. Такие нюансы недостаточно изучены, а то, что известно, пока не внедрено в медицинскую практику. Недавно в двух противоположных точках РФ была предпринята успешная **попытка сравнить** содержание различных представителей вагинальных лактобацилл у женщин из Санкт-Петербурга и Хабаровска. Что из этого вышло, а главное, зачем это нужно (может быть, в скором времени SP официально анонсирует «микробиоценозную переключку»?) — читайте в текущем номере.



Исследовательская работа — краеугольный камень совершенствования науки и практики. Однако с головой окунуться в мир доказательной медицины и **самостоятельно** изучить все публикации даже по одной специальности **невозможно**. Именно поэтому **«сочинские контраверсии»** так полюбили акушерам-гинекологам в нашей (и не только) стране. Квинтэссенция знаний, передовые мировые технологии, экспертные мнения, мастер-классы и общение с коллегами... В **праздничной атмосфере** получать и делиться информацией, уникальным опытом, успехами и планами на будущее с каждым годом хотят всё больше врачей. И это неудивительно!

Посетить мероприятие очно или посмотреть онлайн-трансляции смогли далеко не все. Именно поэтому в настоящем номере **SP** представлены обзоры некоторых заседаний, вызвавших **особый интерес** у врачей.

В частности, ведущие эксперты в области репродуктивной медицины обсудили новые тренды ведения пациенток с **гормонально обусловленными заболеваниями**. Что сегодня известно о синдроме поликистоза яичников и предменструальном синдроме, в чьей же всё-таки профессиональной компетенции молочные железы, кому, когда и как рекомендовать менопаузальную гормональную терапию (МГТ)... Подробнее об этом читайте в статье «Коррекция эндокринных нарушений: новеллы XXI века».

Пожалуй, самым молодым и быстро развивающимся направлением в области «женского здоровья», как это ни парадоксально звучит, выступает тактика ведения **возрастных пациенток**. Женщины хотят жить долго, чувствовать себя хорошо и выглядеть прекрасно всегда. И врачи могут, точнее, **обязаны** этому способствовать. Помимо уже упомянутой МГТ существуют другие эффективные методы сохранения качества жизни, доступные в рутинной клинической практике.

Узнать о секретах активного долголетия пришли многие коллеги. Честно сказать, познакомиться с уникальной **философией «Лотос»** клиницистам было интересно не только для улучшения оказания помощи пациенткам. Многие из услышанного однозначно пригодится для личного использования.

Научная программа «Сочинских контраверсий» чрезвычайно многогранна. Она традиционно включает не только вопросы сохранения репродуктивного здоровья и качества жизни женщин всех возрастов, но и массу праздничных, торжественных и трогательных моментов. Вот уже третью осень подряд **дети акушеров-гинекологов** представляют творческие проекты о своих родителях. С каждым годом растёт количество участников, работы становятся всё более профессиональными. Неизменны

[Женщины хотят жить долго, чувствовать себя хорошо и выглядеть прекрасно всегда. Помимо МГТ существуют другие эффективные методы сохранения качества жизни, доступные в клинической практике.]

лишь огромная детская любовь, очень чуткое, по-взрослому взвешенное понимание сути медицинского труда родителей и гордость **сопричастности**.

Одним из **самых ярких событий XVI** Общероссийского научно-практического семинара стала юбилейная церемония награждения лучших представителей профессии и перинатальных центров страны. Сердечно поздравляю всех лауреатов **X Национальной премии «Репродуктивное завтра России»**, а также победителя акции «Счастливый подписчик — 2021».

Ещё одна традиционная точка притяжения всех участников семинара в Сочи — грандиозная профильная **выставка «Главврач XXI века»**. На ней можно было напрямую задать интересующие вопросы производителям и продавцам оборудования и лекарственных средств, составить собственное впечатление обо всех возможностях инструментов для работы, обсудить аспекты сотрудничества в современных непростых условиях.

Подготовка к новым «Сочинским контраверсиям» всегда начинается сразу после завершения прошедшего мероприятия. Какие темы были особенно **актуальны**, на каких заседаниях была отмечена оживлённая и продолжительная дискуссия, кого из спикеров аудитория ждала с особенным трепетом и кто в этом году оказался настоящим **открытием**? Эти и многие другие нюансы организации будут обязательно учтены, причём в рамках ближайших мероприятий **SP** в разных городах страны.

Праздничную атмосферу в акушерско-гинекологическом сообществе продлило ещё одно событие осени. В ноябре

прошла **IV Общероссийская научно-практическая конференция «Оттовские чтения»**. В этом году мероприятие было особым. Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта отмечает юбилей — **225 лет** со дня основания. Это учреждение можно с уверенностью назвать «колыбелью научных знаний» и одним из главных центров изучения, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья в России.

Институт носит имя великого учёного, выдающегося врача и организатора проф. Дмитрия Оскаровича **Отта**. Во многом именно благодаря его труду отечественная гинекология получила **мировое признание**. За время работы директором ему удалось создать учреждение, не только сопоставимое, но и превосходящее по функциональности и оснащённости лучшие клиники Европы. Под его руководством система подготовки и повышения **квалификации акушерско-гинекологических кадров** достигла расцвета во всех звеньях: от младшего и среднего персонала до врачей-специалистов. Приглашаю к ознакомлению с кратким историческим очерком о его деятельности и последователях оттовской школы в текущем номере.

Очевидно, что изменения в акушерстве и гинекологии неизбежны. Так, может, стоит их **возглавить**? Определить вектор, скорость, оценить возможные риски и преимущества. Сложившиеся **тренды можно и нужно менять**. Новое неизбежно приходит на замену старому, противиться циклу бессмысленно. Однако это вовсе не значит, что опыт предшественников должен кануть в Лету. Только учитывая **уроки прошлого**, уважая истоки и традиции, можно построить прочный и надёжный корабль для будущих свершений. **SP**

consensus omnium, или согласие всех

Как обстоит дело с разработкой клинических рекомендаций?



Автор: Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерству и гинекологии ГКБ им. Е.О. Мухина, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН (Москва)

«Клинические рекомендации» (КР), «протокол ведения» или не существующий в официальном документообороте гибрид — «клинический протокол». В последние годы это **обязательная тема** любого научного симпозиума. На редкой утренней конференции не призывают к **тщательному, неукоснительному и точному** соблюдению этих нормативных документов. Создаётся ощущение, что до их возведения в статус «священных текстов» остался один шаг.

Несмотря на простоту и лёгкость работы по заданным лекалам, на практике **не всегда** получается найти выход из сложной клинической ситуации по предлагаемым шаблонам. Почему возникают «ступики» в алгоритмах и схемах и возможно ли создать «идеальные» КР?

Для поиска ответа на вопрос попробуем взглянуть на процесс создания КР **критическим взглядом**, но с позиции взвешенности и непредвзятости. Идея, прямо скажем, рискованная, с какой стороны на неё ни посмотри: тихих **противников и саботажников** этих документов, категорически не воспринимающих любое нововведение, достаточно среди врачебного состава, впрочем, как и бездумно упоминающих эти понятия в подходящих и неподходящих случаях, при этом слабо себе представляющих содержание протокола. Одни акушеры-гинекологи критикуют КР за **поверхностность**, другие, напротив, за **излишнюю перегруженность информацией**, упрекам несть числа. Начнём с процесса появления КР на свет.

Затруднённые роды

За последние годы **упоминание КР** в научных выступлениях и литературе приобрело характер эпидемии. Достаточно посмотреть статистику поисковой системы Google: к 2007 году количество упоминаний этого словосочетания едва

превышало сотню, спустя 15 лет — **более 7,5 млн.**

Однако столь широкое употребление этого термина ещё **не гарантирует фактического наличия** документов по всем известным патологическим состояниям. Первоначально объявленный срок тотального перехода на практическую работу исключительно «по рекомендациям» **неоднократно сдвигали**: сначала с 1 января 2022 года¹, затем с 2023-го и даже с 2024-го для размещённых на официальном портале Минздрава РФ после 1 июня 2022 года². Причина постоянного отдаления «часа X» предельно проста — **банальное отсутствие** к установленному сроку КР по целому ряду заболеваний.

Документы, появляющиеся на свет начиная с 2018 года и имеющие отношение к акушерству и гинекологии, по своему качеству **были неоднородны**. Например, КР, посвящённые истмико-цервикальной недостаточности, в 2018 году предлагали передовое на тот момент решение — рутинную цервикометрию во II триместре, а в обновлённой версии 2021 года это положение было оперативно пересмотрено,

и рекомендацию стали относить лишь к пациенткам из группы высокого риска прерывания беременности³. Другие КР не могли похвастать набором свежих данных и ссылались на литературные источники 5–10-летней давности. Третьи выглядели как простой перевод зарубежного гайдлайна, причём **соборный небрежностью**, — некоторые алгоритмы и рисунки переносили из иностранного первоисточника «как есть», на языке оригинала, как в первом варианте документа по дистонии плечиков.

Алгоритмы и блок-схемы некоторых КР по акушерским заболеваниям представляли собой **полное несоответствие требованиям** к их оформлению и при попытке использования могли поставить исполнителя в тупик, например как в алгоритме индукции родов путём амниотомии. Согласно этому документу, после вскрытия плодного пузыря возможно лишь два варианта: подтекание светлых околоплодных вод или же окрашенных меконием. Если же воды получить не удалось вовсе по причине выраженного маловодия и плотно прижатой головки, то система «зависает», поскольку такое развитие событий схемой не предусмотрено. Многие рекомендации по нашей специальности вообще не содержат **никаких алгоритмов**. Игнорирование деталей вкупе с пренебрежением стандартами наводило читательскую аудиторию на мысль о сделанной наспех работе соответствующего качества.

Вопросы без ответов

Проблему **соответствия требованиям оформления** решить достаточно просто, процедура — редакторская, и для человека, обладающего определёнными навыками, она занимает малое количество времени. Осталось загадкой, почему такого специалиста не привлекали ранее. Куда сложнее преодолеть препятствия в виде **медицинских вопросов** в случаях, когда в КР ответов на них нет.

Неоднократно в статьях и выступлениях была озвучена **сложность индукции** преждевременных родов при жизнеспособном плоде. Назначить антипрогестин или окситоцин невозможно — эти медикаменты противопо-

казаны до 37 нед согласно инструкции по применению. Для геля на основе динопростона формулировка более лухавая — «подготовка шейки матки при доношенной или почти доношенной беременности». Относительно законна индукция преждевременных родов **с помощью механических средств** — ламинарий, гидрогеля или катетера Фолея, но лишь при задержке роста плода⁴, однако гель и дилататоры можно задействовать, пока цел плодный пузырь. Если же до 37 нед произошло излитие околоплодных вод, то индукторов сократительной деятельности матки в правовом поле **просто нет** — использование запретит инструкция по применению препарата.

[Алгоритмы и блок-схемы некоторых клинических рекомендаций по акушерским заболеваниям могут поставить исполнителя в тупик, а многие протоколы лечения вообще не содержат никаких алгоритмов.]

КР по преждевременным родам или индукции и преиндукционной подготовке **обходят этот вопрос стороной**. Аналогичного документа, посвящённого разрыву плодных оболочек, существовать не может, поскольку код О42 присутствует в КР по преждевременным родам, а параллельного существования рекомендаций по одному заболеванию быть не может. Умолчание имеет серьёзные последствия, поскольку только КР обладают правом предлагать использование препарата даже в случае расхождений с инструкцией по применению. Ни консилиум, ни врачебная комиссия таким правом не обладают^{5,6}. Почему же эта возможность КР **не реализована** на практике?

Замкнутый круг

Право доминировать над инструкцией по применению препарата отнюдь не безоговорочное, а лишь допустимое: «в случае, если тезис-рекомендация относится к лекарственному препарату для медицинского применения, используемому в **несоответствии** с показаниями к применению и противопоказаниями, способами применения и дозами, содер-

жащимися в инструкции по применению лекарственного препарата», то «указываются сведения <...> с указанием ссылок на клинические исследования эффективности и безопасности применяемого режима дозирования при данном заболевании либо ссылок на соответствующие источники литературы»⁷.

Если таких сведений нет, то, согласно приказу Минздрава РФ №104н (2019), должно быть **«соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, применение которых предусмотрено клиническими рекомендациями, инструкции по применению лекарственного препарата»**⁵.

Однако, как показывает обзор литературы, клинических исследований «эффективности и безопасности» применения, например, окситоцина в 34 нед беременности мало, а позволяющих присвоить рекомендации статус «сильная» по целому спектру акушерских проблем **нет вообще**.

Чтобы рекомендовать препарат в спорной ситуации беременной пациентке, необходимо провести **масштабное исследование его безопасности**, но вряд ли кто рискнёт это делать с медикаментом, не упомянутым в КР. Круг замкнулся?

Проблема вселенского масштаба

Недосказанность по индукции преждевременных родов в сочетании с преждевременным разрывом плодных оболочек существует **не только в нашей стране**. В марте 2020 года вышел бюллетень Американской коллегии акушеров-гинекологов (American college of obstetricians and gynecologists, ACOG) №217 «Дородовый разрыв оболочек» (Prelabor rupture of membranes)⁸, содержащий крайне скудную информацию по родо-

возбуждению при недоношенной беременности. Единственная ссылка относится к исследованию 2018 года, в котором оценивали различные варианты родовозбуждения при излитии вод в 34 нед и более, остальные две ссылки перешли из прежних рекомендаций 2018 года и имеют отношение только к доношенной беременности. Бюллетень ACOG №107 по индукции родов **также обходит тему** родовозбуждения до 37 нед гестации, за исключением необходимости опорожнения матки после гибели плода, к тому же его не обновляли с 2009 года⁹. Тупик? Не совсем. Помимо бюллетеней есть ещё несколько типов документов.

В зарубежном обороте медицинской регламентирующей документации используют несколько вариантов. В Германии существуют **разные классы руководств** — S1 (утверждённый профессиональным обществом консенсус), S2k (основанный на консенсусе), S2e (основанный на доказательствах), S3 (с элементами системной разработки), в США — Practice Bulletin, Practice Guideline, Clinical Consensus* и т.д. К заявлениям о консенсусе прибегают в случаях, когда имеющихся доказательств недостаточно или же они вовсе отсутствуют, в связи с чем **невозможно точно оценить** баланс между пользой и риском вмешательства¹⁰. Есть ли место консенсусу у нас?

Прокрустово ложе совета

В теории отечественные КР по акушерству и гинекологии разрабатывают и утверждают исключительно в жёстких рамках, к тому же в единственном в стране учреждении, подходящем под критерии «Положения о научно-практическом совете»¹¹, и никаких **«консенсусов»** как основы создания тезисов в законе просто **не предусмотрено**.

Безусловно, в определённой мере это **предупреждает попадание** в прото-

* Разнообразие понятий становится причиной появления гибридов, упомянутых в начале статьи, причём не только в русскоязычной, но и в зарубежной литературе. В качестве примера приводят mixed or hybrid terms such as consensus guideline — микшированный или гибридный термин «консенсусный гайдлайн»⁹.



© Ben Soar / Essentials/istock

Сбор мнений

Дельфийский метод разработали в 1950-х годах Олаф Хелмер (Olaf Helmer), Норман Далки (Norman Dalkey) и Николас Решер (Nicholas Rescher) с целью прогнозирования развития определённой технологии путём **интерактивного консенсуса** в группе экспертов. Название отсылает к Дельфийскому оракулу — жрице храма Аполлона в Древней Греции, известной своими пророчествами.

Каждый эксперт заполняет анкету, отвечает на вопросы и обосновывает ответы, затем, ознакомившись с вариантами и аргументами других экспертов, может изменить мнение, как и обоснование. Циркуляция анкет проходит под руководством ведущего, координирующего процесс. В ходе каждого цикла спектр ответов уменьшается, **приходя к оптимальному**.

Обязательные условия метода.

- Анонимность всех участников.
- Структурирование информационного потока.
- Обратная связь.
- Наличие координатора.

Недостаток метода — **ограниченный процесс согласования**, что заметно отдаляет срок получения итогового результата. Возможно также, что информация, полученная от экспертов, **не будет иметь прикладного значения**.

[Представители следственных органов стали настолько активными читателями клинических рекомендаций и научились правильно трактовать их, что могут составить конкуренцию практикующим специалистам.]

колы небезопасных схем и методов лечения, но, с другой стороны, **полностью парализует** возможность какой-либо помощи врачу в ситуациях, имеющих малый объём данных, основанных на доказанном.

Ситуацию усугубляет трактовка протоколов **представителями следственных органов**, которые стали настолько активными их читателями, что могут даже составить конкуренцию врачам. Любое действие исполнителя документа часто рассматривают не с позиции «на основе КР», а строго **«в пределах КР»**.

Закон возлагает разработку КР на медицинские профессиональные некоммерческие организации, в состав рабочих групп которых могут привлекать не только специалистов, но и социальных работников, представителей пациентских и медицинских страховых организаций, юристов и др., причём **с равными правами при голосовании** за то или иное решение⁷. Однако права на научный консенсус нет ни у разработчиков, ни у научно-практического совета.

Семь няnek и дитя

Хорошо это или плохо? Скорее всего — второй вариант ответа. **Опасения**, что отступление от жёсткой связки «рекомендация—доказательство» приведёт к попаданию в них ненадёжных или угрожающих здоровью препаратов или пособий, **вряд ли обоснованы**, поскольку разрабатывают документ всё же профессионалы, и тезис по выжиманию плода по Кристеллеру в алгоритме по оперативным вагинальным родам можно представить себе с большим трудом. При этом допуск возможности индукции преждевременных родов окситоцином **при определённых условиях и показаниях** или выписки на первые сутки после неосложнённых родов был бы не лишним.

К тому же, как показывает изучение некоторых документов, даже строгие правила и советы **не спасают от абсурдных тезисов**. В качестве примера можно привести следующий пассаж из КР «Выкидыш (самопроизвольный

аборт)»: «Пациентке с угрожающим выкидышем при наличии показаний согласно инструкции к препарату рекомендовано назначить дротаверин по требованию при наличии жалоб с целью уменьшения спазмов гладкой мускулатуры»¹².

Сама по себе комбинация «по требованию», «по показаниям», «согласно инструкции» — оксюморон (как и само назначение дротаверина), но также интересны ссылки, говорящие об «эффективности и безопасности применяемого режима дозирования при данном заболевании». Первая — на национальное руководство по акушерству, вторая — отсылка к прежнему Порядку оказания помощи (приказу №572н), **прекратившему своё действие 31 декабря 2020 года**, при том что КР разработаны в следующем — 2021-м¹². В связи с этим опасения относительно качества рекомендаций на основе консенсуса представляются преувеличенными.

В его процессе также **существуют проблемные места**, чаще всего это предвзятость эксперта или возможность манипулирования процессом со стороны активных участников. Это может влиять на результат, который окажется неоптимальным. Снижает доминацию перевод дискуссии на удаление или «дельфийская методика»¹⁰. Это позволяет расширить круг участников и снимает проблему персональной ответственности и обязательности обсуждения предлагаемых правок.



Интересно, что упоминание консенсуса есть в некоторых КР не акушерского профиля. В документе, размещённом в рубрикаторе под идентификационным номером 326 «Острый панкреатит», в разделе «Методология разработки клинических рекомендаций» можно почерпнуть следующую информацию: «В результате бурной дискуссии <...> выработан консенсус по внесению изменений в НКР-2015 и решено эти изменения внести в новый вариант»¹³. Неужели акушеры-гинекологи **не в состоянии прийти к консенсусу**, даже если дискуссия обещает быть «бурной»? 

Библиографию см. на с. 126—131.



Стремление к эталону

Итоги переключки перинатальных центров РФ за 2021 год



Автор: Игорь Николаевич Костин, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН (Москва)

Копирайтинг: Юлия Ермакова

«Профилактика, спасение, помощь» — этот девиз Министерства чрезвычайных ситуаций вполне применим и для сферы здравоохранения. Именно слово «профилактика» стоит здесь на первом месте, поскольку она направлена на **снижение рисков** неблагоприятных событий. Одним из её инструментов в акушерстве-гинекологии стала уже традиционная для «сочинских контраверсий» **переключка** учреждений родовспоможения.

Ежегодного мероприятия в Сочи с нетерпением ждут многие руководители клиник. Почему? Оно позволяет не только узнать свой рейтинг, но и **сравнить достигнутые результаты** с опытом коллег. Например, если в одной организации количество самопроизвольных родов после предыдущего кесарева сечения выше, руководитель другого учреждения задаст себе закономерный вопрос: «Как они это сделали?» При этом здесь **нет страха**, присущего официальным проверкам. **Доверительная**

атмосфера переключки способствует свободной дискуссии и открытому поиску эффективных решений **для оптимизации** акушерских и перинатальных исходов.

Самые отважные

В 2014 году стартовала первая переключка. Тогда в ней приняли участие всего пять перинатальных центров (ПЦ). В этом году их **количество достигло 51**. О чём это говорит? Только

[Переключка имеет практическое значение, позволяет перенять опыт коллег, выявить проблемы в организации акушерской помощи в клинике и в регионе, разработать стратегию усовершенствования работы.]

Проблема первого уровня

лишь о том, что мероприятие **нашло отклик** в сердцах руководителей, поскольку имеет **практическое значение**. Прежде всего позволяет менее успешным ПЦ **перенять опыт** коллег, выявить проблемы в организации акушерской помощи в клинике и в **регионе**, а также разработать **стратегию усовершенствования** работы как отдельных медицинских организаций, так и службы родовспоможения в целом.

Руководители трёх областных и четырёх городских ПЦ, продемонстрировавших лучшие результаты работы, получили заслуженное признание и специальные призы.

Областные ПЦ

- I место — Алтайский краевой клинический перинатальный центр (Барнаул; 76 баллов).
- II место — Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2 (Волгоград; 70 баллов).
- III место — Коми республиканский перинатальный центр (Сыктывкар; 69 баллов).

Городские ПЦ

- I место — перинатальный центр окружной клинической больницы г. Ханты-Мансийска (Ханты-Мансийск; 72 балла).
- II место — перинатальный центр городской клинической больницы №29 им. Н.Э. Баумана (Москва; 68 баллов) и Иркутский перинатальный центр (Иркутск; 68 баллов).
- III место — перинатальный центр Саратовской городской клинической больницы (Саратов; 66 баллов).

С каждым годом география и состав участников переклички расширяются, а многие учреждения уже не первый год принимают участие в мероприятии. Так, коллективы из Томска, Тюмени, Кургана и Кирова представили свои данные **уже в 8-й раз**. Появились и **дебютанты** — ими стали ПЦ из Ханты-Мансийска, Энгельса и Омска.

Правда глаза не колет

Главная цель ежегодно проходящей переклички — не составление рейтинга, а обнаружение **реальных болевых точек** и поиск тактики действий для преодо-

ления трудностей в работе медицинских организаций. ПЦ — ключевое звено акушерско-гинекологической службы. Его функции **значительно шире**, чем только оказание медицинской помощи. ПЦ обеспечивает **маршрутизацию беременных**, следит за выполнением требований нормативных актов, осуществляет дистанционное консультирование коллег и решает различные организационные задачи.

Чем же **перекличка отличается** от официальных государственных отчётов? Прежде всего в анализ входят показатели, которые характеризуют работу не только ПЦ, но и родовспомогательных учреждений I и II уровней, а также **всего региона**, что позволяет увидеть картину более объёмной. Все **цифры чётко выверены** — для анализа используют современную версию статистической программы Statistica.

[В чём отличие переклички от официальных государственных отчётов? В анализ входят показатели, характеризующие работу не только перинатальных центров, но и учреждений I и II уровней и всего региона.]

Специальные индикаторы — **взвешенный и гестационный показатели перинатальной смертности (ВППС, ГППС), коэффициент эффективности кесарева сечения (КЭКС)** — позволяют учесть тонкости, которые могут остаться без внимания в обычном отчёте.

Так, ВППС включает **гестационный возраст** погибших детей. Чем больше количество умерших на более поздних сроках, тем тяжелее будет ВППС из-за более высоких коэффициентов. ГППС отражает, **на каком гестационном сроке** чаще всего умирают дети в конкретном ПЦ. Чем ниже ГППС, тем меньше средний гестационный возраст погибших детей.

С помощью КЭКС можно проанализировать **результативность абдоминальных родоразрешений** и их влияние на снижение перинатальной смертности. КЭКС рассчитывают по формуле, в которой учтены доли кесарева сечения и показатели перинатальной смертности в России и в конкретной клинике или регионе за год.

Суммарно в **регионах, принявших участие в перекличке**, в 2021 году произошло **952 658 родов** — это 68% от общего количества родов в стране, и больше всего — в Цёлково и Видном (71 005). Для сравнения: в Ханты-Мансийске, Петрозаводске и Орле эти цифры составили 4148, 5074 и 5386 родов соответственно.

В 2021 году распределение родов **в зависимости от уровня оказания помощи** было практически одинаково для II и III звеньев — 48,7 и 47% соответственно. На учреждения I уровня пришлось **всего 4,9% родов**, что представляет особую проблему. Обеспечить необходимую квалификацию специалистов возможно только при **оптималь-**

ной загрузке акушерских стационаров I уровня. В противном случае профессионализм медицинских работников снижается из-за отсутствия регулярной тренировки навыков, а значит, и опыта. Такая ситуация приводит к **медицинским ошибкам** и росту материнской и перинатальной смертности.

Разброс количества родов в ПЦ по-прежнему очень велик — от 1605 до 11 431. Если доля родов в ПЦ мала, вероятно, учреждение работает **не в полную силу**. Обычно к этому приводят **ошибки маршрутизации**, отчего снижается качество медицинской помощи и возрастают акушерские риски.

Если проанализировать действующие схемы маршрутизации, можно скоординировать поток беременных. Направлять в ПЦ необходимо только тех, кто нуждается в **высокотехнологичной помощи**, а это 10–20% женщин. На III уровне тарифы обязательного медицинского страхования значительно выше, поэтому неправильно стремиться к большинству родов в ПЦ.

Если не точно

В срок...

Доля **преждевременных родов в регионе** в 2021 году составила в среднем 6,1% (5,3–7,2%), что практически совпадает с **показателем по стране — 6,4%**. Для детального анализа важно понимать распределение этого показателя между родовспомогательными учреждениями I, II и III уровней.

В идеале на I уровне преждевременных родов **быть не должно**. Успеха в этом добились Краснодар, Чебоксары и Ярославль. Резко выбивается из общей картины Чита, где показатель достигает 14,5%, причём 13,3% из них — роды сроком менее 28 нед. Возникает вопрос: почему недоношенные дети рождаются в стационарах, **наименее для этого приспособленных?** Ответ кроется всё в тех же цепочках **маршрутизации**, которые требуют детального пересмотра.

[Несмотря на общую положительную динамику, руководителям отстающих учреждений необходим вдумчивый анализ и поиск причин, по которым перинатальная смертность растёт или остаётся на прежнем уровне.]

В учреждения II уровня направляют женщин, вступивших в роды в 34–37 нед гестации, при условии **достаточной оснащённости** таких стационаров и **должной квалификации** медицинских работников. Тем не менее **приоритет** в ведении преждевременных родов остаётся за ПЦ. Медианное значение доли преждевременных родов на III уровне за 2021 год составило 77,4% (67,9–91,6%).

Зачастую на решение досрочного родоразрешения на местах **влияют такие факторы**, как размер региона, развитость дорожной сети, транспортная доступность медицинских организаций и ПЦ, их технические возможности и квалификация специалистов. Чтобы понимать, насколько качественно роддома II уровня проводят преждевременные роды, следует учитывать показатели **перинатальной смертности** как в конкретных учреждениях, так и в субъекте в целом.

Тревожные цифры

Изменение **перинатальной смертности в регионе** за последние 4 года колеблется в пределах статистической погрешности, составляя 7,6‰ (6,2–9,6‰). За 2021 год показатель по России достиг 7,1‰.

Показатель перинатальной смертности в ПЦ в 2021 году составил 9,5‰ (5,7–15,2‰), в целом по стране — 7,1‰. **Минимальные значения** зафиксированы в Томске (2,5‰) и Ханты-Мансийске (3,1‰). Однако в некоторых ПЦ — в Липецке, Хабаровске, Орле, Симферополе и Краснодаре — эти цифры **превышают** медианные значения, варьируя от 16,4 до 24,9‰.

Если смотреть на динамику с 2018 по 2021 год, перинатальная смертность в ПЦ **продолжает снижаться**: динамика изменения показателя за это время составила –1,8; –1,7; –2; –1,6‰ соответственно. В борьбе со смертностью в ли-

деры выбились Хабаровск (–16,8‰), Барнаул (–9,7‰) и Якутск (–9,1‰). Рост перинатальной смертности отмечен в Омске (+6,9‰), Воронеже (+6,3‰) и Краснодаре (+4,3‰).

Показатель перинатальной смертности при **преждевременных родах** в ПЦ равен 71‰ (42,6–113,7‰) и остаётся практически без изменений за прошедшие 4 года. Самые низкие значения в Томске (16‰), Видном (30,5‰) и Ханты-Мансийске (32,4‰). А вот Симферополю, Орлу, Липецку и Уфе **надо насторожиться**: +179,1; +165,3; +137,4 и +132,1‰ соответственно.

Несмотря на общую положительную динамику, руководителям отстающих учреждений необходимо **детально проанализировать** ситуацию и **найти причины**, по которым перинатальная смертность растёт или остаётся на прежнем уровне. Ситуация может быть связана с выбором неверной тактики родоразрешения, избеганием кесарева сечения

даже **при наличии показаний**, низкой квалификацией медицинского персонала или недостаточным оснащением клиник.

Резать или нет?

Помимо преждевременных родов и перинатальной смертности отдельное внимание в анализе переключки уделено **частоте кесарева сечения**. Тенденция к увеличению случаев оперативного родоразрешения сохраняется и в России, и в мире. Такая тактика действительно способствует снижению неблагоприятных материнских и перинатальных исходов при условии, что операцию выполняют **строго по медицинским показаниям**.

Однако так ли происходит на деле? К сожалению, нет. К вмешательству прибегают всё чаще, но смертность от этого **не снижается**. Кроме того, практика последних лет показывает, что значительно больший вклад в снижение перинатальной смертности вносит **современная неонатальная помощь** и адекватная маршрутизация. Именно поэтому тем, кто злоупотребляет кесаревым сечением, целесообразно пересмотреть подходы к выбору метода родоразрешения во избежание операций «на всякий случай».

Доля кесаревых сечений в ПЦ за последние 4 года практически не меняется. В 2021 году показатель составил 36,5%, по России — 30,4%. Минимум оперативных родоразрешений отмечен в ПЦ Ярославля, Москвы, Сыктывкара — от 20,3 до 23,1%. Передовиком по абдоминальному родоразрешению остаётся Уфа (49,6%), что не отличается от показателя 2020 года (50%). Следом ПЦ Самары — там также часто прибегают к кесареву сечению (44%). В подобных случаях важно **провести аудит** и понять, не «перестраховываются» ли специалисты с помощью операции и учитывают ли показания к ней. А может быть, **маршрутизация** построена таким образом, что большую часть пациенток, которым показано кесарево сечение, направляют в конкретные учреждения.

Чтобы **проанализировать результативность** кесаревых сечений и оценить влияние на перинатальную смертность, в переключке используют индикатор КЭК. Удовлетворительные значения КЭК — от 1 до 1,4. Если коэффициент больше, значит, **потенциал абдо-**



© Mikael Nelberg / Essentials/istock

минального родоразрешения более благоприятный и операцию выполняют тем, кто действительно в этом нуждается. Значения менее 1 свидетельствуют о сомнительной целесообразности некоторых операций.

Очень высокие, высокие и средние значения КЭКС в совокупности за 2021 год зарегистрированы в 41,1% ПЦ. А это значит, что остальные 58,9% клиник не столь тщательно подходят к выбору тактики родоразрешения, их руководителям стоит критически оценить ситуацию и поддержать защитный потенциал абдоминальных родов.

Подводя итоги

По результатам переключки за 2021 год можно сделать определённые выводы.

- Рождаемость за последние годы уменьшается, а снижение количества родов приводит к снижению экономической эффективности ПЦ.
- Доля родов в учреждениях I уровня уменьшается — это «проблема I уровня».
- Доля родов в учреждениях III уровня увеличивается — нужна жёсткая маршрутизация.
- Частота преждевременных родов (6%) — популяционный показатель, мало поддающийся профилактическим и лечебным мероприятиям.
- Доля преждевременных родов в учреждениях I уровня снижается за счёт их «перетекания» на III уровень.
- Доля преждевременных родов сроком менее 28 нед уменьшается, но составляет на I уровне 3%, на II — 13%.

- Изменение перинатальной смертности в исследуемых регионах за последние 4 года колеблется в пределах статистической погрешности, в том числе и при преждевременных родах.
- Доля преждевременных родов в ПЦ составляет 10%, сроком менее 28 нед — 1%.
- Показатели перинатальной смертности в ПЦ снижаются за последние 4 года, в том числе и при преждевременных родах.
- Общий показатель перинатальной смертности в ПЦ имеет тенденцию к снижению, при преждевременных родах он стабилен — 70‰.
- Перинатальная смертность в регионах в среднем на 10% выше, чем в ПЦ.
- Средняя частота кесаревых сечений стабильна (36%), как и преждевременных родов (54%).
- В структуре перинатальной смертности доля доношенных детей составляет 22%.



Переключка позволяет заинтересованным специалистам провести вдумчивый анализ показателей работы как конкретного учреждения родовспоможения, так и региона. В дружелюбной атмосфере коллеги обсуждают успехи, делятся опытом и разбирают многие нюансы работы. Давайте продолжать эту традицию — она несёт огромную практическую ценность! **SP**

16-е! наши!

XVI Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». Как это было?

Может ли научное мероприятие быть праздником? Безусловно, если это — «Сочинские контраверсии». Этот праздник науки **жгут все** — практикующие специалисты, организаторы здравоохранения, ведущие отечественные эксперты, спикеры с опытом и дебютанты, оргкомитет на площадке и «прикрывающий тылы» на дальних подступах. Вот уже в 16-й раз в Сочи прошёл увлекательный марафон, привлёкший внимание **беспрецедентно большой** аудитории: на протяжении 4 дней за событиями семинара следили **3334** очных и **7226** онлайн-участников, представляющих **17** стран, **84** региона России и **346** городов.

Одним из самых ярких событий традиционного открытия семинара стало награждение по итогам **переключки перинатальных центров** за 2021 год (по версии МАРС). Вот уже 9 лет подряд лучшие профильные учреждения страны представляют на суд строгого жюри свои честные и порой **вдохновляющие результаты**. В этом году понимание разности задач и возможностей стало поводом вновь вернуться к разделению номинантов на **областные и городские** перинатальные центры. Это не причина «занижать планку» для оценки эффективности таких учреждений, скорее наоборот. И тем интереснее оказались результаты.

Среди **городских** перинатальных центров победителями стали:

- 1-е место — перинатальный центр Ханты-Мансийской окружной клинической больницы (Ханты-Мансийск);
- 2-е место разделили перинатальный центр при ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана (Москва) и Иркутский городской перинатальный центр (Иркутск);
- 3-е место — Саратовская городская клиническая больница №8, перинатальный центр (Саратов).

В числе лучших **областных** перинатальных центров отмечены:

- 1-е место — Алтайский краевой клинический перинатальный центр «Дар» (Барнаул);
- 2-е место — Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2 (Волгоград);
- 3-е место — Коми республиканский перинатальный центр (Сыктывкар).

XVI Общероссийский семинар
7-10 сентября 2022 года



«Репродуктивный потенциал России: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»





А вечером состоялось ещё одно трогательное и торжественное мероприятие — были объявлены лауреаты **ежегодной премии «Репродуктивное завтра России»**, чьи мастерство и профессионализм высоко оценены попечительским советом премии, коллегами и пациентами. Этому яркому и незабываемому событию в нашем журнале посвящена отдельная публикация на стр. 58–63.

Из множества восхитительных моментов традиционно складывается **особая мозаика «Сочинских контраверсий»**, и в ней, конечно, «первую скрипку» играет научная программа. В этом году слушателям было представлено **около 750 докладов**, а также состоялись школы и мастер-классы, лекции, дискуссии и круглые столы.

Мероприятие вновь обрело **долгожданный очный формат**, однако высоко оценённая многими врачами **возможность онлайн-участия** позволила не только существенно расширить географию присутствующих, но и вывести семинар **на новую орбиту**: в этом году было зафиксировано **18 207 веб-просмотров**. Доклады и лекции **252 ведущих экспертов** отрасли стали доступны медикам и в России, и за рубежом, охватив буквально все часовые пояса планеты.

Новости в нашей профессии возникают с колоссальной скоростью, и специалистам крайне сложно физически **охватить весь поток** необходимых данных. В то же время современному врачу нельзя пребывать в информационном вакууме! Именно поэтому **квинтэссенция** всех научных и практических достижений, **тщательно систематизированных** в представленных на семинаре докладах, так **востребована** профессиональным сообществом. И спикеры, надо отметить, традиционно

были на высоте. Оживлённые дискуссии нередко выходили далеко за рамки регламента, а в залах не было пустого места.

Ещё одна традиционная точка притяжения всех участников семинара в Сочи — грандиозная профильная **выставка «Главврач XXI века»**. Почему **грандиозная**? Ну а как иначе оценить масштабность действия: **744 м²** застройки, **93 экспонента**, предлагающих посетителям живой диалог, множество интерактивов, полезной информации и приятных сюрпризов. Чтобы обойти всю выставочную экспозицию, потребовалось бы совершить **12 тыс. шагов** (мы проверяли): это отличная кардиотренировка, профилактика когнитивных расстройств и расширение кругозора. Участие в выставке — реальный шанс напрямую задать интересующие вопросы производителям и продавцам оборудования и лекарственных средств, составить собственное впечатление обо всех возможностях инструментов для работы современного врача, а организаторам здравоохранения — обсудить условия их внедрения в практику. А о том, **какими были эмоции** участников выставки, лучше всего расскажет фоторепортаж. К сожалению, уместить в журнальный разворот всё, чем **четыре незабываемых дня** жили «Сочинские контраверсии», — задача практически нереальная. Редакционная команда и авторы постараются познакомить читателей с новеллами, прозвучавшими на семинаре, в дальнейших публикациях: поверьте, **портфель идей** достаточно пухлый и определённо не будет скучно. Оргкомитет и научный отдел уже приступили к **формированию стратегии будущего** мероприятия в Сочи и множества других научно-практических событий, запланированных в разных городах страны. Присоединяйтесь!



Наведите камеру смартфона на QR-код, чтобы посмотреть фоторепортаж с выставки «Сочинских контраверсий».





НЕ ВЕРЬ ГЛАЗАМ СВОИМ

Истмико-цервикальная недостаточность:
скрытые дефекты шейки матки и возможности их коррекции



Авторы: Альфия Галимовна Ящук, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом Института дополнительного профессионального образования Башкирского государственного медицинского университета; Ольга Владимировна Яковлева, аспирант той же кафедры того же института; Ильнур Ирекович Мусин, канд. мед. наук, доц. той же кафедры того же института (Уфа)

Шейка матки — уникальный орган. Вне гестации она препятствует проникновению потенциально вредных микроорганизмов: её клетки продуцируют слизь, которая образует механическую и химическую преграду для патогенов. В период беременности помимо всё той же защиты от опасных инфектов *servix uteri* обеспечивает поддержку внутриутробных структур. В течение нескольких месяцев шейка матки помогает «доставить» растущий плод до необходимой морфофункциональной зрелости. Однако реализация этой цели во многом зависит от структурной полноценности органа.

Повторные выкидыши и преждевременные роды ложатся тяжёлым экономическим бременем на общество и оказывают **огромное психологическое воздействие** на пациенток и их родственников. При этом с каждым перенесённым эпизодом вероятность неблагоприятных исходов **только возрастает**. Так, после двух потерь беременности риск выкидыша увеличивается

двукратно, а после третьего эпизода — ещё на 20%¹. Если в анамнезе были преждевременные роды, то существует опасность начала родовой деятельности раньше срока и **при последующей гестации**². Причём в описанных выше ситуациях далеко не последнюю роль играет истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН): на её долю приходится **90 трети случаев**³⁻⁵.

Структурное разнообразие

Тело и шейка матки, входящие в единый «репродуктивный комплекс» и неразрывно связанные друг с другом, **вовсе не идентичны** по структуре. Первое состоит преимущественно из гладких мышечных волокон, а вторая — из коллагеновых*. При этом коллагеновые фибриллы в разных отделах расположены разнонаправленно^{6,7}.

- Во внутренней зоне (соответствует направлению цервикального канала от маточной части к влагалищной) они идут параллельно.
- В толще цервикальной стенки они меняют своё направление на перпендикулярное и формируют циркулярно расположенный слой.
- Затем, переходя к наружному (внешнему) слою, фибриллы вновь плавно меняют ориентир на продольный.

Именно такое строение обеспечивает упругость и эластичность, позволяя *cervix uteri* сохранять **свою анатомическую форму**, несмотря на **прогрессивный рост матки**, выдерживать большие нагрузки во время беременности и растягиваться во время родов.

При ИЦН шейка матки не может быть **надёжным «механическим бандажом»** и удерживать плод в утробе матери по мере прогрессирования беременности⁴. Последствия изменения длины и формы *cervix uteri* (из-за функциональных или анатомических причин) — пролабирование плодного пузыря, разрыв плодных оболочек и преждевременное прерывание гестации.

Зачастую **никаких субъективных симптомов** при ИЦН пациентки не ощущают. Иногда может быть дискомфорт или чувство «распирания» внизу живота, возможно нарастание слизистых выделений, а также их сукровичное окрашивание — эти проявления **нельзя назвать** строго специфичными. Даже выраженное расширение цервикального

канала и **пролабирование плодного пузыря** во влагалище иногда не «даёт» никакой симптоматики⁶.

В этой связи неудивительно, что укорочение шейки матки нередко диагностируют случайно — **во время скринингового УЗИ**. Для того чтобы вовремя «поймать» ИЦН у женщин из группы риска, следует назначить дополнительную цервикометрию: с 15–16-й до 24-й недели с кратностью раз в 1–2 нед.

Впрочем, выявить характерные изменения шейки матки способны и другие инструментальные методы. Описан случай, когда диагноз установили на 22-й неделе гестации при помощи магнитно-резонансной томографии, выполненной по поводу острого аппендицита⁸. **Никаких клинических симптомов ИЦН** при этом не было. Однако интересный пример — лишь ещё одна наглядная иллюстрация «безмолвного» укорочения *cervix uteri*. Согласно актуальному гайдлайну, единственным методом диагностики служит сонография.

При подтверждении ИЦН прибегают к гормональной терапии и хирургическому лечению — наложению швов на *cervix uteri* трансвагинально или трансабдоминально. Показанием к последнему варианту служат **неэффективность вагинального серкляжа** или особенности строения органа, в том числе приобретённые. Так, после перенесённых оперативных вмешательств по поводу предракочных состояний или рака шейки матки** наложение вагинального шва может быть попросту невозможно — из-за иссечения большого объёма ткани.

Впрочем, при интактной шейке матки комплексный подход (гормональная терапия и серкляж) также не эффективен у некоторых пациенток⁹. Если беременность, несмотря на все усилия клиницистов, **прерывается раз за разом**, помимо всех возможных причин невынашивания следует уделить прицельное внимание состоянию шейки матки. И сделать это необходимо ещё на **этапе планирования** гестации.

Всё ли учтено?

Абрахам Лаш (Abraham Lash) — исследователь и практикующий гинеколог, — вероятно, один из первых отметил, что среди всех возможных причин гестационных потерь «несостоятельность внутреннего зева» **зачастую упускают из виду**¹⁰. Он указал, что у пациенток с выкидышами применяемые с лечебной целью масло зародышей пшеницы и его производные, гормоны щитовидной железы, передней доли гипофиза, паращитовидных желёз, прогестерон и эстроген **оттого и неэффективны**, что «в организме нет дефицита какого-либо из этих веществ».

Причинами структурных изменений шейки матки, по мнению исследователя, зачастую служат слишком усердное выскабливание, предшествующие аборт с расширением *cervix uteri*, вагинальные гистеротомии или влагалищное кесарево сечение, а также стремительные роды. Кроме того, значение имеют неправильное наложение швов на травмированную шейку матки и **инфекционный процесс**, который нарушает стадийность регенерации и обуславливает неполноценное заживление ткани.

Согласно выводам исследователя, неблагоприятные гестационные исходы наблюдают, когда разрыв шейки матки распространяется по всей длине (так, что её изменения могут быть видны при осмотре наружного зева). В большинстве случаев нарушение структуры приходится на переднюю стенку, а не на боковую. Если дефект незначительный, то привычный выкидыш не характерен.

В 1950 году исследователь описал ход оперативного вмешательства на шейке матки при выявлении у пациенток структурных изменений органа. Хирургическую коррекцию выполняли трансвагинальным доступом: после выявления рубца или другого тканевого дефекта на стенке *cervix uteri* этот участок клиновидно иссекали, а затем накладывали двухрядный шов на рану. В той же публикации автор привёл серию клинических наблюдений: после выполненного вмешательства женщины с потерями гестации в анамнезе смогли реализовать репродуктивные планы.

* В проксимальной части шейки матки присутствуют также и мышечные клетки, однако суммарно их доля не превышает 10% от общего объёма ткани *cervix uteri*⁶.

** Цыпурдеева А.А. Лапароскопический серкляж в лечении истмико-цервикальной недостаточности: клинический опыт // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2022. №4 (90). С. 93–97.



Рис. 1. Сонографическое исследование. Шейка матки: изменённый участок в виде «истончения».



Рис. 2. Этап операции. Формирование шейки матки викриловыми нитями после иссечения ткани в области изменённого участка.

Кто ищет, тот найдёт

С 2015 по 2021 год на клинических базах Башкирского государственного медицинского университета было выполнено 36 оперативных вмешательств на шейке матки для коррекции ИЦН 90 гестации. Этот клинический опыт представляет **несомненный интерес**, поскольку коррекцию осуществляли по методу гинеколога А. Лаша^{10,11}. Подход крайне редко используют в повседневной практике, и сведения о его результативности в медицинских источниках крайне скудны.

До оперативного лечения у всех пациенток в анамнезе были **неоднократные потери гестации** (в сроке 14–25 нед), а применяемый до этого вагинальный серкляж не давал необходимого результата. При гинекологическом осмотре выявили анатомические дефекты шейки матки: там, где должна быть нормальная ткань, в действительности оказалась лишь неполноценная и **истончённая структура**.

Примечательно, что у некоторых женщин **никаких внешних признаков** из-

менения строения органа не было. Во время исследования наружный зев цервикального канала пропускал кончик пальца, у части пациенток можно было «продвинуться» вплоть до внутреннего зева. Непосредственно во время пальпации выявили **уменьшение толщины** в виде «перепонки», такой дефект чаще располагался по передней или боковой стенке в средней трети *cervix uteri*.

Любопытно, что о наличии структурных изменений шейки матки пациентки узнали впервые. Несмотря на регулярные посещения женской консультации, указания в анамнезе на гестационные потери, неоднократные обследования, женщинам ни разу не говорили об «особенностях строения» *cervix uteri*.

Перед планируемым оперативным вмешательством всем пациенткам предварительно выполнили клинко-лабораторное и инструментальное обследование, в том числе УЗИ и доплерографию шейки матки (рис. 1). Структурные изменения подтвердили и **сонографически**: в местах «истончений», выявленных пальпаторно, специалисты УЗИ-диагностики определили гиперэхогенность и неоднородность ткани наряду с присутствием нескольких гипозоногенных включений; **размеры дефектов варьировали**. По результатам всего комплекса исследований приняли решение о целесообразности хирургического вмешательства по методу Лаша¹².

Хирургическую коррекцию с применением эпидуральной анестезии выполнили в середине менструального цикла. После обработки операционного поля шейки матки обнажили в зеркалах, зафиксировали «пулевыми щипцами» и низвели ко входу во влагалище. Далее истончённый участок ткани иссекли, а рану закрыли узловатыми викриловыми швами (рис. 2).

Верный курс на сохранность

У всех женщин, перенёвших коррекцию шейки матки методом Лаша, беременность наступила **самостоятельно**. В период гестации пациенткам выполняли УЗИ-цервикометрию каждые 7 дней (с 15–16-й до 24-й недели), а для сни-

жения риска неблагоприятных гестационных исходов в терапию включали вагинальный прогестерон — 200 мг в сутки. В **одном случае** в сроке 16–17 нед наложили циркулярный шов по методу Широкарка. Поводом к этому послужило укорочение *cervix uteri* до 23 мм, угрозу прерывания беременности удалось купировать.

Кроме этого у некоторых пациенток регистрировали другие сопутствующие состояния и заболевания: анемию (36%), бактериальный вагиноз (11%), кандидозный вульвовагинит (22%) и обострение хронического пиелонефрита (3%). Лечение назначали в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями.

Несмотря на отягощённый акушерско-гинекологический анамнез и сопутствующие нарушения, у **97% пациенток** беременность завершилась в срок. Родоразрешение выполнили путём кесарева сечения на **37–39-й неделе** гестации. Лишь одной женщине потребовалось экстренное вмешательство в 36–37 нед — из-за нарастающих фетоплацентарных нарушений по данным доплерометрии.

В целом как хирургическая коррекция тканевого дефекта, так и абдоминальные роды прошли благополучно — ассоциированных с ними осложнений не регистрировали. Масса тела новорождённых **соответствовала гестационному сроку**, состояние детей было удовлетворительным.

Эти перинатальные исходы **разительно отличались от предшествующих**. До устранения тканевого дефекта у 80% пациенток беременность заканчивалась выкидышами или преждевременными родами.



Преодоление невынашивания беременности и борьба с преждевременными родами — **сложная задача**, для которой не существует универсального решения. Только **тщательный анализ** каждой конкретной ситуации позволяет врачу выработать верную тактику и добиться успеха, дав женщине возможность испытать радость материнства. **SP**

Библиографию см. на с. 126–131.

НА ПЕРВЫЙ-ВТОРОЙ — РАССЧИТАЙСЬ!

ПЕРЕКЛИЧКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ПОД ЭГИДОЙ МАРС: ИТОГИ 2021 ГОДА



В перекличке принял участие **51 перинатальный центр**: желающих поделиться профессиональным опытом становится всё больше!

В этом году «дебютировали» перинатальные центры из Ханты-Мансийска, Энгельса и Омска (последний — в составе областной клинической больницы). Остальные обнародовали результаты своей работы **не впервые**.



Так, коллективы из Томска, Тюмени, Кургана и Кирова представляют данные вот уже **8-й раз**.



Место	Областные центры-победители	Количество родов, п	Доля преждевременных родов, %		Доля оперативных родов, %		Перинатальная смертность, ‰
			Доля преждевременных родов, %	Доля оперативных родов, %	КЭКС*		
1	Алтайский краевой клинический перинатальный центр / 76 баллов	5531	14,4	6,9	38,1	1,9	5,4
2	Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2 / 70 баллов	4319	14,6	6,2	39,1	1,2	6,8
3	Коми республиканский перинатальный центр / 69 баллов	2787	8,1	6,1	23,1	5,3	4,2
ГОРОДСКИЕ ЦЕНТРЫ-ПОБЕДИТЕЛИ							
1	Перинатальный центр окружной клинической больницы г. Ханты-Мансийска / 72 балла	2199	7,6	5,8	36,9	6,1	3,1
2	Перинатальный центр городской клинической больницы №29 им. Н.Э. Баумана (Москва) / 68 баллов	11 249	6,2	—	23	5,1	4,3
2	Иркутский городской перинатальный центр / 68 баллов	7147	8,7	7,6	35,7	1,7	5,9
3	Перинатальный центр Саратовской городской клинической больницы / 66 баллов	6438	6,2	6,6	27,2	2,4	5,7

Вывод: Перекличка перинатальных центров — **вдумчивый анализ показателей** вместе с заинтересованными коллегами. Сравнить свои успехи и неудачи с успехами и неудачами коллег — обрести связь с реальностью! **Давайте продолжать эту традицию** — такой разбор дорогого стоит: «ориентация на местности» ясно подсвечивает все направления, по которым нужно двигаться дальше.

* КЭКС — коэффициент эффективности кесарева сечения. Основные показатели для расчёта КЭКС — частота операции кесарева сечения и показатель перинатальной смертности. Значение КЭКС 1,0 представляет собой своеобразную границу: если коэффициент превышает указанный — это хорошо, и чем больше, тем лучше, а вот если он меньше — плохо.