

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

# Status Praesens

*гинекология акушерство бесплодный брак*

#1 [30] 02 / 2016 / StatusPraesens

тема  
**№**  
номера

**XXI век:  
управлять  
управляемым**

ISSN 2074-2347  
9 772074 234773  
16001

Бэби-боксы: не допустить инфантицида • Прогестерон, его метаболиты и мозг плода • Новый век — новые кандиды • Железodefицитная анемия, хронические воспалительные заболевания, врач женской консультации и женщина • Остеопороз в менопаузе • Клинический случай: редкие нетипичные разрывы матки • Профилактика и лечение септических осложнений в акушерстве (ВОЗ и Минздрав РФ)



## Дорогие коллеги!

Сегодня одна из ведущих проблем как в мировом масштабе, так и в России — геополитическое и макроэкономическое равновесие. Важно понимать, что в нынешних условиях говорить об устойчивом положении страны невозможно, пока не будет достигнута **социально-демографическая стабильность**. Казалось бы, нам есть чем гордиться: «русский крест» **удалось преодолеть**. Однако в первом полугодии 2015 года смертность снова превысила рождаемость.

Особенно тревожна подобная ситуация в Сибирском федеральном округе, где показатель **материнской смертности** в 2015 году вырос на 11% в сравнении с 2014-м. Кстати, в Иркутской области он один из наименьших в регионе — 8,1 на 100 тыс. родившихся живыми. Более того, в течение последних 4 лет области удаётся сохранять положительные значения **прироста населения**, в основном за счёт высокой рождаемости (15,4–15,7 на 1 тыс.).

Акушерско-гинекологическая служба региона работает в сложных условиях, последовательно налаживая **маршрутизацию** и организовывая работу перинатальных центров III уровня, внедряя современные клинические протоколы и систему обучения персонала. Итогом внедрения маршрутизации можно считать доступность специализированной и высокотехнологичной помощи женщинам и детям: на I уровне происходит только 8% родов, в ЛПУ III уровня — 41%, здесь же рождаются до 75% детей с экстремально низкой массой тела. Такой подход и определяет основные показатели: перинатальная смертность — 6,8‰, ранняя неонатальная смертность — 1,7‰, материнская смертность — 8,1 на 100 тыс. живорождённых.

Сегодня уже можно сказать, что мы вместе постигаем науку **управлять управляемым** — пересматриваем концепт медикаментозного аборта, внедряем осмотерапию в качестве метода профилактики эклампсии, тренируем слаженность работы дежурной бригады при критических акушерских состояниях и даже не устаём повторять простые, но столь значимые правила мытья рук.

У нас трудная, но очень интересная и благодарная профессия. Она требует колоссальных усилий и самоорганизации, постоянного обучения. Однако нет ничего важнее жизни и здоровья, у истоков которых — мы с вами.

Главный специалист по акушерству и гинекологии  
Министерства здравоохранения Иркутской области,  
зав. кафедрой перинатальной и репродуктивной медицины  
Иркутской государственной медицинской академии  
постдипломного образования, зам. главного врача  
по акушерско-гинекологической помощи  
Иркутской областной клинической больницы,  
засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф. **Н.В. Протопопова**

# STATUS Pra

гинекология акушерство беременность

## СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

13 МЕДПОЛИТ

### Без гнева и пристрастия

Не отнимать последний шанс

Князев С.А.

20

### Время понятной контрацепции

Оптимизация врачебного выбора гормональной контрацепции как путь к сохранению здоровья женщин на популяционном уровне

Раззинский В.Е., Хамошина М.Б., Маклецова С.А.

33 ПОСТАНТИБИОТИКОВАЯ ЭРА

### Микробный сговор

Новые представления о взаимодействии бактериальной и грибковой микрофлоры вагинального биотопа

Климова О.И., Бриль Ю.А., Артикова Н.Л.

41

ПЕХТ-ПРОСВЕТ

### Дата менструации? Пусть решает женщина!

Инновации пролонгированного режима приёма КОК: гибкий график менструаций, цифровой дозатор и нулевой индекс Перля

Хамошина М.Б., Маклецова С.А., Рыжова Т.Е.

51

VIA SCIENTIARUM

### За гранью очевидного

О реальных возможностях гинеколога в профилактике когнитивных расстройств у женщин в период перименопаузы

Юренева С.В., Ильина Л.М.



В популяционном американском наблюдательном исследовании (Cache County Study, 2013) длительностью 11 лет и с общим количеством участниц 1768 было установлено следующее: женщины, получавшие любую **гормональную терапию** в течение 5 лет до менопаузы, имели риск **болезни Альцгеймера** в более отдалённые периоды жизни на 30% меньше тех, кто подобное лечение не получал. Что любопытно, длительная гормоналотерапия, но начатая после менопаузы таким чудотворным действием уже не обладала.

58

## Железное право на здоровое деторождение

Влияние железодефицита на репродукцию и возможности его терапевтической коррекции

Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Симоновская Х.Ю.



Весьма важный аспект: при диагностике анемии у беременных с инфекционно-воспалительными заболеваниями (острые формы бактериально-вирусной инфекции, частые и длительные рецидивы хронической, а также заболевания смешанной вирусно-вирусной и вирусно-бактериальной этиологии) необходима дифференциальная диагностика между истинным дефицитом железа (ЖДА) и **анемией хронических воспалительных заболеваний (ХВЗ)**, поскольку лечебные тактики при этих состояниях принципиально разные.

Так, преждевременная попытка антианемической терапии у женщин с анемией ХВЗ (до ликвидации активности воспалительного процесса) обречена на провал, поскольку непременный спутник острого воспаления — белок гепсидин — препятствует абсорбции и метаболизму экзогенного железа. **Только после** устранения выраженного воспаления (и «нейтрализации» острофазовых белков) антианемическая терапия имеет шансы на успех.

67 CONTRA-VERSION

## Подзащитный нейрогенез

Нейрогенез и защита нервной системы плода и новорождённого. Роль прогестерона и его метаболитов

Дегтярёва М.В., Бриль Ю.А.

77 НОВОСТИ

81 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ  
ДОКАЗАТЬ

## ДНТ: спасительный ликбез

Дефекты нервной трубки: что это такое, почему они важны во взрослом возрасте и как их профилактировать

Енькова Е.В., Мартынова М.А.

# status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

91 РАБОТА  
НАД ОШИБКАМИ

## Новый век — новые кандида

Рационализация подходов к лечению пациенток с кандидозным вульвовагинитом

Логутова Л.С., Матюхина Е.Г.

96

## Под грифом «Доказано»

Микронутриентная поддержка во время беременности: доказательство 2015 года и руководство к действию

Ипастова И.Д.

103 ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ

## Маркер незащищённости

Остеопороз и его профилактика как медицинская и социально значимая проблема современности

Григорьева Е.Е., Катаева О.А.



Повышенный риск переломов у пациентов старшей возрастной группы нельзя объяснить одним лишь возрастным снижением показателя минеральной плотности кости (МПК). Перелом при остеопорозе — это собирательное понятие, включающее в себя как МПК, так и особый механизм падения. Именно при падении возникают до 95% всех переломов шейки бедренной кости, 75% переломов шейки плеча, 95% переломов лучевой кости и 25% переломов позвонков. Если снижение МПК на 1 SD увеличивает риск перелома в 2–2,5 раза, то при падении с ударом на боковую поверхность тела пациент рискует получить перелом шейки бедренной кости в 3–5 раз чаще. В случае, когда удар приходится на область большого вертела, вероятность перелома увеличивается в 30 раз.

111 CASUISTICA

## Непридуманные случаи из практики

Редкие нетипичные разрывы матки

Цхай В.Б.

117 КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ

## Сепсис: эффективные клинические практики

Профилактика и лечение септических осложнений в акушерстве: обзор рекомендаций ВОЗ и Минздрава России

Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И.

124 ЛИТЕРАТУРА  
И ИСТОЧНИКИ

# будет ли следующее поколение более здоровым?

«Не лечить»: современная акушерско-гинекологическая тактика, требующая от врача особого мужества



Главный редактор  
проф. Виктор Радзинский

В период между Международным женским днём и Днём матери (также празднуемым в большинстве европейских стран весной, в мае) у каждого мужчины подготовлены тосты, слова благодарности и поздравления. Я — не исключение. Ведь каждая женщина, решившаяся на материнство, немного космонавт. Ради осуществления своей великой миссии — **давать жизнь** — она осознанно, без гарантий благополучного возвращения, делает шаг в неизвестность.

И если беременная — космонавт, то, продолжая аналогию, её акушер-гинеколог — Центр управления полётами. Действительно, к началу XXI века медицина вообще и репродуктивная медицина в частности стала сложной, как пульт управления космическим кораблём. И тот факт, что врач находится не у пульта, а следит за происходящим дистанционно, «с Земли», ничуть не облегчает ему задачу: кроме собственно управления «полётом», ему приходится отвечать вообще за всё. За «предполётную подготовку» будущих «космонавток», за исправность оборудования, за работу смежных специалистов, за собственную информированность. Где уж тут вникнуть в детали вновь изобретаемых устройств, если невозможно глаз спустить с происходящего в реальном времени — со своих пациенток?

Давайте попробуем разобраться, какие «рычаги управления» действительно заслуживают нашего внимания, какие «требуют ремонта» и на что вовсе не следует тратить драгоценного времени.

**В** наши дни представление о **возможностях медицины** изменилось коренным образом. Благодаря доказательности медицинская наука сама стала честно отвечать на такие вопросы: это — возможно, это — вероятно, а здесь пролегают границы достижимого к настоящему времени. Надо сказать, что в области «глобальных невозможностей» остались многие проблемы репродуктивной медицины, в том числе тема **невынашивания беременности**.

За последние 40 лет, несмотря на применение различных методик и средств, принципиальных изменений в статистике невынашивания, к сожалению, не произошло. Более того, частота невынашивания беременности ранних сроков даже выросла, в основном за счёт так называемой эпидемии XXI века — неразвивающихся беременностей. Здесь мы слишком много времени, сил и денег тратим на выяснение причин, а нужно лишь зафиксировать статистику, опорожнить полость матки, выполнить противовоспалительную терапию и идти дальше. Гораздо полноценнее силы и средства можно потратить на то, чему посвящён настоящий выпуск журнала SP, — **управлять тем, что доступно управлению**.



А реально работающих вещей, таких, например, как гормональная контрацепция, врачи продолжают парадоксально бояться. Никаких **оправданий гормонофобии** уже не осталось, полезность метода по-настоящему доказана как в сугубо контрацептивном плане (предупреждение аборт и их осложнений), так и в лечебно-профилактических аспектах. Более того, нам больше нечего противопоставить влиянию эколого-репродуктивного диссонанса на женское здоровье: в этом смысле хорошо тем, кто со школьной скамьи начинает карьеру многодетной матери. Против остальных «работает» нефизиологический режим эксплуатации репродуктивной системы, избыточное по сравнению с прабабушками число менструаций.

**[ За 60 лет снижения частоты преждевременных родов не произошло, несмотря на более чем 40-летний стаж использования достойных токолитических средств. ]**

Именно аборт — основной фактор разрушения репродуктивного здоровья девушек и женщин в России. Одной убедительности индекса Перля у принимающих КОК должно бы быть достаточно для широкого распространения метода! А на практике надёжными способами предупреждения нежеланной беременности пользуются максимум 16% жительниц страны соответствующей возрастной категории.

В основе гормонофобии лежит недостаточная осведомлённость пациенток (а зачастую — и врачей, к сожалению) о различных аспектах эндокринных расстройств и путях их коррекции. Возможности лечебного использования современных гормональных контрацептивов, специализированной гормональной терапии множества гинекологических заболеваний — явно недоиспользованный резерв. Будем оптимистами, посчитаем это заделом на будущее. Но предупреждаю: овладение эндокринологическими знаниями — это неотвратимая потребность для всех без исключения гинекологов, особенно **на амбулаторном этапе**.



Преждевременные роды — вторая мировая проблема акушерства и перинатологии (после материнской смертности). В репродуктивных потерях самых передовых стран преждевременное завершение гестации ассоциировано в основном с гибелью глубоко недоношенных детей. И снова статистика: за 60 лет **снижения** частоты преждевременных родов **не произошло** и в ближайшее время не прогнозируется, несмотря на более чем 40-летний стаж использования достойных токолитических средств ( $\beta$ -адреномиметика гексопреналина и других).

Рассчитывать на снижение частоты преждевременных родов мешает именно неясность этиологии и патогенеза. Наши представления о тройном нисходящем градиенте в развитии сократительной деятельности матки не получили

подтверждения: представлено было красиво, но нет субстрата! Нет в шейке матки тех мышечных волокон, которые могли бы сокращаться в ответ на передачу импульса от дна через тело к шейке матки. Именно поэтому даже выход на рынок таких совершенных медикаментов прямого действия, как атозибан, ингибирующий рецепторы к окситоцину, не смог снизить частоту преждевременных родов.

Уже получено объяснение нередким ситуациям, когда без единой схватки (под контролем КТГ-монитора) вдруг происходят укорочение шейки, её сглаживание и даже раскрытие — предложена концепция начала родового акта без участия мышечных волокон, вследствие **изменений соединительнотканного каркаса**. Собственно, именно этот каркас составляет до 80% тканей шейки матки, и химические превращения, запускающие роды, уже тоже определены — начинается синтез группы пусковых белков (самый известный из них — так называемый **австралийский белок**). Поэтому будущие поиски причин преждевременных родов связаны с изучением механизмов созревания шейки матки — как своевременного, так и преждевременного.

А пока задачи, решаемые с применением токолитиков, весьма прагматичны, но от этого не менее важны: терапия блокирует сократительную деятельность матки на время, позволяющее врачам осуществить **профилактику респираторного дистресс-синдрома** плода глюкокортикоидами, а также **направить** женщину в ЛПУ высокого уровня, где глубоко недоношенному младенцу будет оказана полноценная помощь. Для **профилактики перинатальной смертности** это уже кое-что.

Совершенно очевидно, что анализировать, оценивать работу женской консультации по количеству самопроизвольных выкидышей или преждевременных родов бессмысленно, поскольку даже абсолютное в организационном плане **антенатальное наблюдение** не снижает числа преждевременных родов.



Мощнейший потенциал контроля над возможными негативными сценариями — **прегравидарная подготовка**, причём в критериях статистики наиболее значим вклад коррекции фолатного статуса — до 83% снижения риска дефектов нервной трубки у плода<sup>1</sup>. Стратегии обогащения пищевых продуктов фолатами с успехом применяют во многих странах мира, но в России о необходимости **преконцепционного приёма** (хотя бы 3 мес до зачатия!) фолатов не слышали даже многие врачи. Этот абсолютно доказанный метод профилактики используют совершенно неправильно. В женской консультации фолиевую кислоту назначают, когда женщина приходит становиться на учёт, — увы, это поздно. Фолатный дефицит должен быть ликвидирован до наступления беременности. Даже небольшие группы женщин, проходящие прегравидарную подготовку и лечение по поводу бесплодия, вплоть до ВРТ, по необъяснимым причинам прекоцепционного назначения фолатов не получают. Исключительно в силу всеобщего недопонимания того, насколько это необходимо, безопасно и полезно. Понятно, что это вопрос скорее просветительский, нежели медицинский, но **цена его высока** — в случае возбуждения судебных исков по поводу последствий недостаточной профилактики пороков врачи проигрывают.

Смежная тема, напрямую связанная с управлением рисками, — анемия вне и во время беременности, причём речь идёт не только о железодефиците беременных, но и о так называемых **инфект-анемиях**. Доказана корреляция между анемией и инфекционно-воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы<sup>2</sup>. Разработан и убедительно стратифицирован порядок оздоровления таких пациенток: поиск очага, его санация, ликвидация аутоиммунных нарушений и лишь затем — восстановление основных показателей красной крови. Если действовать в другой последовательности, патогенетическую цепь разорвать не удастся: именно поэтому у женщин с упорно протекающими анемиями, подозрительно **рефрактерными к терапии** железосодержащими препаратами, совершенно необходимо заподозрить и искать инфекционный процесс. Например, ВЗОМТ<sup>3</sup>.



В XXI веке гораздо важнее принять мужественное **решение «не лечить»**, чем лечить что бы то ни было чем угодно, но это уже относится к нравственной позиции, а не к клинической эрудиции врача. Практика назначения беременной множества (по 12–16) препаратов без доказанной эффективности — **пережиток прошлого**. Это принципиально важно: если специалист знает о хрупкости процесса гестации в ранние сроки и невозможности повлиять на эту жёстко обусловленную биологическую программу, он не станет вмешиваться, «на всякий случай» назначая что-либо ненужное и, более того, вредное.

Кстати, к вредным вмешательствам относится даже сама **госпитализация**. В профессиональной медицинской литературе всё чаще можно найти публикации зарубежных авторов, подтверждающие, что сам факт пребывания беременной в ранние сроки в условиях стационара почти в 20 раз ухудшает итог вынашивания беременности в сравнении с отсутствием стационарной помощи.

Что касается **отечественной практики**, то для женщины с ретрохориальной гематомой (формально — с прямым показанием для госпитализации в стационар) гораздо полезнее пребывание дома, поскольку терапия, эффективная в критериях доказательности, исчерпывается

гестагенами и транексамовой кислотой. Если выкидываш у неё произойдёт дома, не исключено, что пациентка приедет в стационар уже с полностью опорожнённой маткой и избегнет кюретажа. А в случае, когда преждевременное прерывание беременности происходит в стационаре, опорожнение полости матки ей гарантировано. Добро бы ещё методом вакуум-аспирации! К сожалению, даже вакуум-аспирация всё ещё часто заканчивается выскабливанием без каких-либо показаний. Делается это по старинке «для проверки углов матки». Спешу сообщить **доказанный факт**: в углах **никогда** ничего не остаётся!



Чрезвычайно интересное секционное заседание под названием **«Кюретку — в музей!»** провели в программе прошедших в апреле в Новосибирске «Сибирских чтений». Уже не осталось цивилизованных стран, где бы использовали кюретку, поскольку несомненным признан факт: воздействие кюретки на слизистую оболочку полости матки полностью соответствует эффекту «слона в посудной лавке». Во избежание краха всего, что находится «в лавке», нам, врачам, необходимо от этого **архаичного инструмента избавиться**. По-настоящему все этапы оказания медицинской помощи нуждаются в доступности **вакуум-аспирации**, причём о необходимости «проверять углы», вторую, нужно забыть.

Пора сформулировать новое направление в подготовке врачей — **научить врачей «не лечить»** без оснований. Необходимо объяснять пациенткам, какие результаты достижимы, какие процессы управляемы, а какие, к сожалению, нет. Предстоит изжить традиционные действия, выполняемые «от безысходности», такие как госпитализация без показаний, отдельное диагностическое выскабливание (вполне достаточно биопсии, а лучше микроэксцизии с захватом переходной зоны для шейки матки, аспирационной биопсии — для

тела матки). Если вмешательство можно выполнить амбулаторно, этим следует ограничиться.

Дискуссионных проблем всё ещё очень много. Чем больше врачи будут общаться, спорить, обмениваться опытом, убеждать и разубеждать друг друга, тем вероятнее они научатся объяснять пациенткам резоны предпринимаемых действий. Только в таких обстоятельствах поколение, избавленное от неоправданно агрессивных псевдотерапевтических воздействий, безусловно, **станет здоровее**. Можно сказать, что это программа-максимум. Однако программа реально достижимая. **SP**

Библиографию см. на с. 124—127.

# Ура! Юбилейный, 30-й выпуск StatusPraesens



## Журнал StatusPraesens глазами читателя

Дорогие наши читатели! Вы держите в руках юбилейный, 30-й выпуск журнала StatusPraesens. Кто-то скажет, что это не так уж и много, «всего 30 номеров». А кто-то согласится с тем, что это немало, ведь за каждым выпуском стоит большая работа наших авторов и всего редакционного коллектива, мощный поиск всего нового и актуального, чем живёт акушерство и гинекология в мире и в России, путь к собственному стилю, к высокой планке качества — неизменным атрибутам каждого издания.

Однако мы не смогли бы стать теми, кем стали (не будем скрывать, для нас чрезвычайно почётно обретенное недавно звание самого читаемого журнала акушерско-гинекологической тематики\*), без вас, наших читателей. Ваши отзывы и комментарии становятся проводниками на пути к важной цели — созданию действительно умного, полезного и не похожего ни на какие другие тематические издания журнала для практикующих врачей.



Это торт, который мы хотим съесть всей редакцией

### Кархалава Е.С., Богородицкая ЦРБ (Тульская область)

«...Журнал очень интересно читать. Во-первых, всё чётко по существу, без лишней воды. Коротко могу сказать, у меня была подписка на три разных журнала за последние годы, в этом году я решила ограничиться SP, мне хватает информации. Я даже специально приобрела лазерный цветной принтер, для того чтобы распечатывать некоторые материалы из журнала для нашего стенда в женской консультации, чтобы пациентки также могли прочитать».



### Наумова К., городская поликлиника №1Ф7 (Москва)

«...С удовольствием читаю каждый номер. Из всех гинекологических этот — наиболее креативный».

### Войцеховская Ж.И., ГКБ им. М.Е. Жадкевича (Москва)

«...Журнал StatusPraesens я читаю давно, с первых его выпусков. Уверена, что это настольная книга московского врача-гинеколога, однозначно! И мы с коллегами не просто прочитаем его и отложим, нет, мы перелистываем его снова и снова, возвращаемся к этому или предыдущему номерам, потому что информация, которая там дана, бесценна. Этот журнал должен лежать на столе каждого врача. И к нему надо возвращаться в случае непонятных ситуаций или возникающих вопросов, потому что это, пожалуй, одно из изданий, максимально приближенных к практической медицине в акушерстве и гинекологии, — официальный источник новых знаний. Журнал очень читабелен, настолько воспринимаешь все статьи и материалы, что запоминаешь целыми фразами.

Журнал захватывает! Он читается как очень увлекательная художественная литература, от которой невозможно оторваться; получаешь новый выпуск, берёшь его с собой везде, куда бы ты ни ехал, пока не дочитаешь. Всё движется вперёд, развивается, однако всегда можно быть уверенным, что всё новое в отрасли наверняка будет изложено на страницах журнала».



### Горемыкина Т.В. (Гомель, Беларусь)

«...Я — постоянный читатель журнала SP. Все номера читала от корки до корки. Не всегда у практикующего врача есть время и возможность ознакомиться с фундаментальной медицинской литературой, а в журнале SP вся самая важная и полезная отраслевая информация доносится максимально сжато и в той форме, которая нужна именно практикующему врачу. Мы каждый день тесно соприкасаемся с теми проблемами, которые очень полно освещены в журнале».

### Ревунова К.В., медицинский центр ООО «Медицинская Нижегородская компания» (Арзамас)

«...Честно говоря, я уже давно не выписываю другие известные специализированные издания по акушерству и гинекологии, SP — это единственный журнал, который я читаю и передаю своим коллегам. Материалы очень понятны, я нахожу всё, что меня интересует, например, по гормонотерапии, по менопаузальной гормонотерапии. Спасибо большое!»



### Трифонова Е.В., медицинский центр «Гиппократ» (Москва)

«...С 2012 года я постоянно подписываюсь на журнал SP и читаю каждый номер от начала до конца. Издание очень полезно каждому врачу, честно говоря, это единственный из четырёх журналов, который я не выбрасываю после прочтения и храню все выпуски».

### Соловьёва Н.А., Гомельская клиническая больница скорой медицинской помощи

«...Меня подкупает стиль изложения, подача информации и юмор, с которым она излагается. Чувствуется, что в редакции работают очень продвинутые, эрудированные молодые люди. От других журналов SP отличается оригинальным, а не стандартным и рутинным подходом к проблеме».

### Норкина Д.С. (Сургут)

«...Я давно читаю журнал StatusPraesens. У него ненавязчивый подход ко всему, полезный и интересный. Во всех статьях есть ссылки на доказательную базу, это радует. Я планирую использовать журнал как помощника в повседневной деятельности для назначения лечения. Я даже не могу сравнить SP с каким-либо другим изданием. В плане доступности и подачи информации он — самый крутой. Остальные издания я читаю очень выборочно, лишь отдельные статьи».

Дорогие наши читатели, спасибо вам за поддержку и критику, за идеи и мысли. Нам очень важно знать, что результат того, чем ежедневно живёт редакция журнала, находит отклики в ваших душах. Читайте, а мы постараемся с каждым новым выпуском по-хорошему удивлять вас.

# без гнева и пристрастия

Не отнимать последний шанс



Автор: Сергей Александрович Князев,  
канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

29 марта 2016 года в Совете Федерации состоялось публичное обсуждение проекта закона об установке бэби-боксов. Это слово мало известно не только простым людям, но и врачам — акушерам-гинекологам и педиатрам, к которым оно имеет непосредственное отношение. Если интерес всё же возникает, **обычный запрос в поисковых системах вместо толкового разъяснения ещё больше запутывает и даже обескураживает.**

На читателя обрушивается волна жесточайших споров, грубости, обвинений в соучастии в детоубийствах, пособничестве разврату и безответственности, даже в заговоре против России. Мы попробуем рассказать об этом устройстве и обстоятельствах, связанных с его использованием, вызывающих столь бурные эмоции, но с позиции древнеримского историка Гая Корнелия Тацита (Gaius Cornelius Tacitus): sine ira et studio — «без гнева и пристрастия». А выводы пусть делает читатель...

**Б**эби-бокс, в иностранной литературе известный как «детский люк» (baby hatch — англ., Babyklapre — нем.), представляет собой небольшой железный ящик с двумя дверцами. Одна открывается со стороны улицы, вторая — со стороны лечебного учреждения, чаще всего роддома. Механизм его работы также предельно прост: открывается дверь со стороны улицы, в ящик кладётся «содержимое», дверца закрывается. Тому, кто воспользуется этим устройством, даётся **ровно 60 сек**, чтобы передумать и забрать оставленное в ящике назад или уйти незамеченным. Через минуту дверца заблокируется, а в учреждении раздастся звуковой сигнал, информирующий, что в ящике есть «содержимое» — новорождённый ребёнок, которого только что положила в контейнер собственная мать...

Эта ситуация кажется абсурдной — как мать может бросить своего ребёнка?! Однако когда узнаёшь, что бэби-бокс предназначен для предотвращения детоубийства, испытываешь состояние ступора, настолько **ирреальна и нелогична** эта мысль, настолько понятия «мать» и «убийство» на первый взгляд кажутся

взаимоисключающими. Прежде чем обрушиться всей мощью своего осуждения на женщин, в которых соединились эти определения, попробуем оглянуться на свою собственную историю.

## История человеческой «доброты»...

За время существования человечества к своей природной, естественной функции давать жизнь отдельные индивиды присвоили себе право отнимать её. В ходе эволюции уничтожение чужой жизни было вызвано процессами непрерывных войн, но с развитием цивилизации человечество стало разделять убийство во время военных действий и убийство, совершаемое по чьей-либо прихоти или для чего-либо развлечения.

Чем выше уровень развития общества, тем больше оно приходит к выводу **о недопустимости убийства человека человеком**, даже если речь идёт о преступниках или праве беременной на уничтожение своего ещё не родившегося ребёнка. Всё больше сужаются

сроки, в которые закон позволяет прерывать беременность, всё больше стран вводят мораторий на смертную казнь. Однако не стоит питать иллюзий о непрерывном, поступательном движении человечества к идеалу...

[ Чем ниже уровень жизни в стране, чем больше людей оказываются на дне социума и в конечном счёте вообще вне его, тем больше находится женщин, способных на убийство своего ребёнка. ]

Каждые несколько шагов вперёд частую сопровождаются прыжком назад. К примеру, 26 августа 1789 года Французская революция привела к появлению на свет «Декларации прав человека и гражданина», провозгласившей свободу и равенство человека по праву рождения, а уже через 4 года эта же революция развязала массовый террор. В России Февральская революция 12 марта 1917 года провозгласила повсеместную отмену смертной казни, но уже через 4 мес она была возвращена, пусть и за отдельные преступления<sup>1</sup>. Постановление Совета народных комиссаров от 5 сентября 1918 года развязало «красный террор», разрешавший казнить без факта преступления<sup>2</sup>, а 7 апреля 1935 года советское правительство издало постановление №3/598, разрешающее за некоторые виды преступлений применять смертную казнь к детям начиная с 12-летнего возраста<sup>3</sup>. Точное число несовершеннолетних жертв этого постановления неизвестно.

...и врачебного  
«милосердия»

Что же касается носителей «самой гуманной профессии» — врачей, то только за последние 150 лет врачебное сообщество совершило массу поступков, о которых очень не любят вспоминать их нынешние коллеги. В 1883 году английский психолог Фрэнсис Гальтон (Francis Galton), двоюродный брат Чарльза Дарвина, вводит термин «евгеника» (улучшение наследственных свойств человека), и тут же возникают кафедры и институты со-

циальной и расовой гигиены, а уже через два десятка лет психиатры по всему миру инициируют стерилизацию населения, признанного неполноценным. В Северной Каролине, к примеру, стерилизации подлежали все имеющие IQ ниже 70.

Аналогичные законы действовали в 1930-е годы в Швеции, Финляндии, Дании, Швейцарии и многих других странах, сегодня причисляемых к развитым<sup>4</sup>. Дальше всех в реализации подобных идей продвинулись немецкие национал-социалисты — программа стерилизации взрослых с шизофренией, эпилепсией и прочими психическими заболеваниями в 1940 году была расширена до программы «Т-4» (названной по адресу в Берлине, где располагалась штаб-квартира организации — Tiergartenstraße, 4), целью которой уже стало физическое уничтожение взрослых пациентов психиатрических клиник, а также детей с идиотией, синдромом Дауна, микроцефалией, гидроцефалией, ДЦП или любым врождённым уродством. Решали судьбу три врача, которые, ознакомившись с историей болезни, ставили на обложке красный плюс или синий минус. Три красных плюса, и больной — взрослый или ребёнок — подлежал уничтожению.

Подобные идеи декларировали не только врачи Третьего рейха — американский психиатр, президент Американской ассоциации неврологов Роберт Фостер Кеннеди (Robert Foster Kennedy) предлагал умерщвлять детей со слабоумием, если к 5-летнему возрасту не наступало эффекта от лечения<sup>5</sup>.

Кстати, многие из разработчиков и активных участников программы «Т-4» не понесли никакого наказания, а, напротив, успешно продолжили врачебную карьеру после войны. Вернер Катель (Werner Catel), стоявший у самых истоков программы умерщвления больных детей, после

войны возглавлял детскую больницу возле города Кронберг (Kronberg im Taunus), а в 1954 году стал профессором педиатрии Кильского университета имени Кристиана Альбрехта (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel).

Серия общественных протестов вынудила профессора подать в отставку в 1960 году, но не изменила его взгляды. В 1964 году В. Катель дал интервью журналу Der Spiegel, в котором высказал необходимость эвтаназии умственно отсталых детей, а также новорождённых с синдромом Дауна<sup>6</sup>. После смерти профессора в 1981 году Кильский университет опубликовал трогательный некролог со следующими словами: «...Он действовал в интересах больных детей далеко за пределами своей сферы».

## Сумерки сознания

Конечно, в приведённых выше фактах убийства детей речь идёт о больных или лицах, попавших под каток политических кампаний. Однако масштабы и равнодушное (за исключением единичных протестов) отношение населения к этим процессам показывают высокую толерантность общества к самому факту уничтожения чужой жизни, даже детской.

Как для общества в целом, так и для отдельного человека в частности понимание недопустимости пренебрежительного отношения к чужой жизни приходит через эволюцию сознания, которая никогда не бывает быстрой — развитие личности происходит в соединении модели воспитания и социально-культурного окружения, где бесценность человеческой жизни — непреложная аксиома.

Бесспорно, неблагоприятная социальная среда не способствует формированию такого воззрения. Именно существование в асоциальной обстановке одинаково доминирует у женщин-детоубийц независимо от остальных культурно-религиозных особенностей региона, в котором они проживают<sup>7,8</sup>. Чем ниже уровень жизни в стране, чем больше людей оказываются на дне социума и в конечном счёте вообще вне его, тем больше находится женщин, способных на убийство собственного новорождённого.

Всё вышесказанное подтверждает статистика: перед распадом Советско-

## Богатые тоже плачут

го Союза, в 1990 году, официально было зарегистрировано 109 детоубийств. Затем, по мере катастрофического падения уровня жизни населения, показатель вырос в 2 раза — до 220 в 1997 году<sup>9</sup> и до 251 случая в 1999-м. И всё это на фоне общего снижения рождаемости, то есть в процентном отношении прогрессия выражена ещё больше. После 2000 года, в период относительной стабилизации политической и экономической обстановки, начался постепенный спад, и количество дел, возбуждённых по 106-й статье УК РФ (убийство матерью новорождённого ребёнка), каждый год снижалось (219 в 2005 году, 172 — в 2006-м, 123 — в 2009-м)<sup>10</sup> и, по последним данным, опустилось до 97 в 2013 году. Однако **не следует обольщаться** этими радужными цифрами: такой вид преступления, как убийство собственного ребёнка, отличается высоким уровнем **латентности**<sup>11</sup>, в первую очередь — за счёт несложности самого убийства и лёгкости уничтожения улики. При этом до суда доходят менее 50% дел, возбуждённых по ст. 106 УК РФ.

Получается, что предотвратить это преступление можно, только искореняя социальную деградацию, поднимая культурный и экономический уровень жизни населения. Как тут не вспомнить **Карла Маркса!** «...Не сознание людей определяет их бытие, а их общественное бытие определяет их сознание» (Es ist nicht das Bewusstsein der Menschen, das ihr Sein, sondern umgekehrt ihr gesellschaftliches Sein, das ihr Bewusstsein bestimmt).

Насколько это возможно в сложившихся реалиях российской (и не только) действительности?

К сожалению, материнский инстинкт как основной институт общества **дал трещину**, и идеология childfree потихоньку набирает популярность. Всё больше стало появляться женщин, недовольных тем, что они стали или должны стать матерями. Опубликованное в 2015 году исследование израильского социолога Орны Донат (Orna Donath) под названием «Сожаление о материнстве: социально-политический анализ» (Regretting Motherhood: a sociopolitical analysis)<sup>12</sup> вызвало **волну дискуссий далеко за пределами страны**, показав широкую географию проблемы. Особенную массовость они приобрели в Германии, где под названием «Когда матери сожалеют» (Wenn Mütter bereuen) в феврале 2016 года вышла книга автора на эту тему. Само издание породило несколько интернет-форумов с хэштегом #RegrettingMotherhood, а возможность анонимно высказывать своё мнение в сети выявила огромное число женщин, сожалеющих о том, что они стали матерями, и речь здесь идёт не об **обычной послеродовой депрессии**. Вот самые частые высказывания<sup>13</sup>:

«...**Не думала, что у материнства такая высокая цена**»;

«...**Моей свободе и независимости пришёл конец. Мне стало себя очень жалко**»;

«...**Чтобы свести концы с концами, мне приходится трудиться на двух работах. На себя ни сил, ни времени не остаётся. Разве о такой жизни я мечтала!**»



© JUSE JIJH / iStockphoto.com

[ Немецкий фонд охраны здоровья матери и ребёнка считает причиной сожаления о материнстве недостаточное внимание государства к проблемам родителей — дефицит мест в детских садах, низкие пособия на ребёнка, сложность сочетания удачной профессиональной карьеры и материнства. ]



© Roman Bodnarчук / Shutterstock.com

## Спасать и сохранять

Время и место появления первых приспособлений для приёма новорождённых с целью предотвращения их убийства неизвестно. Документированная история начинается с 1198 года, когда папа Иннокентий III, поражённый количеством детей, выбрасываемых в Тибр, распорядился о создании «колеса подкидышей» (*ruota dei trovatelli*), с помощью которого мать могла оставить ребёнка в церкви, а сама остаться неузнанной.

В дальнейшем подобные устройства стали появляться в храмах и монастырях по всей Европе: в 1683 году — в Парижском воспитательном доме, в 1709 году — в Гамбурге, в 1730-м — в Дублине, в 1741-м — в Лондоне. Только во Франции к середине XIX века их число выросло до 251. Чаще всего устройства на время прекращали использовать только из-за финансовых трудностей<sup>12</sup> — кормление и содержание детей требовало немалых средств, но идея благополучно сохранилась до XX века, и, за исключением Великобритании и Нидерландов, устройства для анонимного отказа от новорождённого существуют практически во всех странах Европы.

В некоторых государствах процесс отказа от ребёнка стал ещё безопаснее для всех участников — появилась возможность анонимных родов. Наиболее полная законодательная база существует во Франции, где она предусматривает мельчайшие нюансы между правом ребёнка на информацию о родителях и правом матери на анонимность. С 2000 года берлинская клиника *Waldfriede* также стала практиковать анонимные роды.

В России до начала XVIII века не существовало государственного института помощи брошенным детям. Как и в Европе, этим вопросом занимались не светские, а религиозные учреждения, как правило монастыри, куда нерадивые матери подкидывали своих детей, не решаясь их просто выбросить. Именно церковь показала пример светской власти в отношении детей, от которых отказались родители, — в 1706 году митрополит Великоновгородский и Великолуцкий Иов открыл в *Колмовом монастыре*, в трёх вёрстах от Великого Новгорода, первый в России воспитательный дом для «незаконнорождённых и подкидышей», которых сам Иов именовал «найдёнышками».

Пётр I, высоко ценивший митрополита за его организаторские таланты в благотворительной деятельности, в 1712 году повелел по его примеру устраивать и в других городах у церковных оград «гошпитали», а в 1715-м издал указ об их строительстве и содержании за счёт губернских доходов. Также Пётр I приказал: «Объявить указ, чтоб таких младенцев жёны и девки, рождающая беззаконно, в непристойные места не отнёвывали, но приносили бы к вышеозначенным гошпиталям и клали тайно в окно чрез какое закрытие, дабы приносивших лиц было не видно; а ежели такая незаконнорождающая явятся виновными в умерщвлении тех младенцев, и оныя за такая злодейственные дела сами казнены будут смертию»<sup>14</sup>. Однако по старейшей российской традиции сразу после кончины реформатора

это **благое дело начало разваливаться**, и приюты закрылись один за другим. К периоду царствования Екатерины II ситуация с нежеланными детьми была ужасной: «...особенно в Москве и Петербурге беспрестанно попадались мёртвые дети на огородах, в лесах, в реках, в прудах и болотах»<sup>15</sup>.

В 1761 году Михаил Васильевич Ломоносов в своём письме И.И. Шувалову «О размножении и сохранении Российского народа» указывал на необходимость **сохранения жизни детей**, особенно «беззаконнорождённых», которые находились в особенной опасности, поскольку «иногда в отчаянии матери детей своих убивают». Помимо рекомендаций по предотвращению социальных условий, способствовавших этим ситуациям, — браков с малолетними, насильственных постригов в монахи, великий учёный предлагал следующее: «Для избежания столь ужасного злодейства и для сохранения жизни неповинных младенцев, надобно бы учредить нарочные богоделенные дома для невозбранного зазорных детей приёму, где богоделенная старушки могли бы за ними ходить вместо матерей...»<sup>16</sup>

Ренессанс в деле спасения незаконнорождённых начался 1 сентября 1763 года, когда был опубликован подготовленный личным секретарём Екатерины II Иваном Ивановичем Бецким Манифест об учреждении Императорского воспитательного дома в Москве, который был торжественно открыт в день рождения Екатерины II 21 апреля 1764 года. Приём детей осуществлялся как анонимно, так и с составлением, по желанию, сведений о крещении и имени младенца. Принимали детей как законных, так и незаконных, как по сиротству или болезни родителей, так и по их бедности.

Это **учреждение было поистине революционным для своего времени** — воспитательная стратегия, изложенная И.И. Бецким, была построена на понятиях чести и стыда, детей полагалось воспитывать собственным положительным примером, а не выговорами, подерживалась связь между физическим состоянием и нравственным развитием, запрещались телесные наказания,

ну а самым невероятным было то, что дети, попавшие в приют, становились вольными независимо от сословия родителей: «Все воспитанные в сём Доме обоюбого пола, и дети их, и потомки в вечные роды останутся вольными и никому из партикулярных людей ни под каким видом закабалены или укреплены быть не могут...»<sup>17</sup>

Высокие порывы, как это часто бывает, утонули в суровой реальности. Первым исчезло правило анонимного приёма — запретили оставлять детей крепостных. Далее остро встала проблема эпидемических рисков, обусловленных высокой скученностью детей в таких учреждениях. Эта проблема не решена и в наши дни. При практически полном отсутствии медицинской помощи **ситуация быстро вышла из-под контроля**: в 1764 году из 523 поступивших воспитанников умерли 424, а в 1765 году из 892 принятых — 598<sup>18</sup>.

Помимо медицинских проблем со временем стало **нарастать общественное давление**: «...по мнению некоторых, воспитательные дома, прикрывая следствия порока, потворствуют безнравственности; из этого выводят смелое заключение, что учреждение воспитательных домов не должно быть допускаемо». В 1828 году под

[ «...Все воспитанные в сём Доме в вечные роды останутся вольными и ни под каким видом закабалены или укреплены быть не могут». ]

давлением этих обстоятельств дальнейшее устройство воспитательных домов в Российской империи было приостановлено, однако на средства частных благотворителей продолжали существовать отделения для подкидышей в родильных приютах.

Первая половина XX века с большим количеством исторических катаклизмов глобального масштаба — Первой и Второй мировых войн, Гражданской войны, процессов раскулачивания и массового голода — привела не только к росту количества сирот и брошенных детей. На фоне жесточайших условий существования от-

мечались даже случаи людоедства<sup>19,20</sup>. «Подкидывание» новорождённого к детскому дому или просто оставление его на вокзале иногда позволяло избежать для него **более страшной участи**. В периоды массового голода мать могла бросить своего ребёнка в надежде спасти его от голодной смерти, иногда семья самостоятельно разделялась, чтобы не умирать всем вместе<sup>21</sup>. Однако, несмотря на эти страшные события, некоторые представители общества проявили свои **лучшие человеческие качества**: часто в семье воспитывались дети погибших или арестованных родственников. Причём это было общим, как сейчас модно говорить, «трендом» — от простых людей до членов правительства: Тимур Фрунзе после смерти бабушки воспитывался в семье К.Е. Ворошилова, Артём Сергеев после смерти отца воспитывался в семье И.В. Сталина и т.д.

Вторая половина XX века в нашей стране прошла в относительно покое и либерализации в отношении прерывания нежеланной беременности, с налаживанием всеобщего школьного образования, социальной помощи матерям-одиночкам, и случаи детоубийства стали редкостью, бороться с которыми существовавшая в те годы

политическая система продолжала исключительно карательными методами. Произошедший в 90-е годы распад страны, с одной стороны, привёл к резкому обнищанию населения и всплеску вооружённых конфликтов, с другой — сделал возможной отмену смертной казни, ряда статей Уголовного кодекса. Европейский опыт по предотвращению детоубийств **с помощью создания бэби-боксов** пришёл в нашу страну и даже получил распространение, которое, возможно, позволит оценить его положительное или отрицательное влияние в наших конкретных сложившихся национальных условиях.

Немецкий Фонд охраны здоровья матери и ребёнка (Müttergenesungswerk) считает причиной этих тенденций **недостаточное внимание государства к проблемам** новоиспечённых родителей — дефицит мест в детских садах, низкие пособия на ребёнка, сложность сочетания удачной профессиональной карьеры и материнства. И всё это при том, что опросы проводили среди лиц, далёких от социального «дна». Можно себе представить, во что трансформируются де-

человеческие ценности, а пропаганда нравственности людьми, ведущими абсолютно противоположный образ жизни, **порождает цинизм и неверие**. В этот процесс разрушения морали вносят свою лепту государственные чиновники (в сфере деятельности которых лежит защита семьи и ребёнка), использующие должность исключительно **для популизма или саморекламы**, превращающие систему оказания помощи семьям и детям в фикцию.

[ Кстати, в пунктах установки бэби-боксов на видном месте всегда размещают телефоны и адреса социальных служб, в которые может обратиться женщина, попавшая в тяжёлую жизненную ситуацию, не доводя дело до отказа от собственного ребёнка. ]

прессия и разочарование в материнстве, когда катализатором служат беспросветная нищета, асоциальное окружение, низкое интеллектуальное развитие и, как дополнительный фактор, провоцирующее поведение партнёров. Юристы считают, что именно эти факторы зачастую толкают на детоубийство, и предлагают привлекать партнёров как подстрекателей к уголовной ответственности<sup>22</sup>.

Привлекать и судить, конечно, хорошо. Однако делается это после **уже свершившегося детоубийства**. Есть ли возможность остановить женщину **до него**?

## Плохой выход лучше, чем никакой

Конечно, выход из ситуации существует — это ликвидация социального «дна» и доступность помощи (социальной, материальной, психологической) для всех слоёв населения. Но когда это будет возможно и будет ли возможно вообще, если учитывать размеры существующих пособий и темпы их индексации? При этом не только из-за экономических причин **институт материнства** в российском обществе также понемногу **теряет популярность**.

Современная российская парадигма — развитие общества, нацеленного исключительно на потребление и добычу денег, — ставит под сомнение обще-

Можно ужесточить наказание за детоубийство, но при высокой латентности такого рода преступлений вряд ли это возымеет должный эффект. Да и вообще на человека, **решившегося на такой шаг**, едва ли действуют доводы разума, предупреждающие о длительном тюремном сроке, тем более что у большинства женщин-детоубийц жизнь мало отличается в лучшую сторону от жизни в пенитенциарных (уголовно-исправительных) учреждениях. Может ли бэби-бокс уберечь от непоправимого шага или такое устройство абсолютно бесполезно и даже вредно?

Сказать, что он бесполезен, нельзя, поскольку в странах, где бэби-боксы установлены, ими редко, но **пользуются**, и география стран и городов расширяется. Противники бэби-боксов, как правило, аргументируют свою позицию следующими положениями: установка бэби-боксов потенцирует к безнаказанному оставлению детей, может служить для криминальных схем торговли детьми, а анонимное оставление ребёнка матерью нарушает его основное право, которое закреплено в Семейном кодексе Российской Федерации, различных конвенциях и декларациях, — это **право знать своих родителей**. Последний аргумент оригинален и порождает встречный вопрос — **как это право реализуется у ребёнка**, выброшенного в мусоропровод или яму?

Что же касается обвинений в адрес бэби-боксов как звеньев в криминальных схемах, то дело не в бэби-боксах, а в общей криминализации государства, с чем и следует бороться, поскольку если в государственной медицине процветает коррупция, то надо запрещать не медицину, а коррупцию.

Самый сложный вопрос — будет ли узаконивание бэби-боксов провоцировать случаи отказа от детей? Количество отказов от детей — показатель воспитания и развития общества, и он в десятки раз превышает показатели **инфантицида**, предупреждать который и должно это устройство. Кстати, в пунктах установки бэби-боксов на видном месте всегда размещают телефоны и адреса социальных служб, в которые может обратиться женщина, попавшая в тяжёлую жизненную ситуацию, не доводя дело до отказа от ребёнка. У неё также есть возможность доказать своё материнство путём генетической экспертизы и забрать ребёнка впоследствии, и такие случаи уже отмечены, в том числе в нашей стране.



Пришло время повторить мудрый «рецепт» Петра I — действовать не одной карой, а с помощью реальных деяний давать шанс на жизнь ребёнку и, соответственно, шанс матери избежать наказания. Как и в царское время, когда началу государственного дела положил указ, нам следует прежде всего обозначить правовое поле для функционирования бэби-боксов — первым шагом должен стать закон, принятый Государственной думой Российской Федерации.

По мере накопления данных **рано или поздно назреет необходимость в широкой общественной дискуссии** с обязательным участием врачей, педагогов, правоохранителей, юристов, представителей общественности, а также религиозных конфессий как оснований и преамбул дела спасения новорождённой жизни, в ходе которой можно будет оценить эффективность, пользу или вред бэби-боксов и выработать последующие шаги по реализации этой непростой и спорной, но гуманной миссии. **SP**

Библиографию см. на с. 124–127.

# праздник науки на берегах Невы

«Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» в цифрах и эмоциях...



Перинатальная медицина уже давно шагнула за рамки лишь одной медицинской специальности: сегодня как никогда актуален вопрос междисциплинарного взаимодействия между акушерами-гинекологами, неонатологами и врачами других профилей. Именно эта позиция вполне могла бы претендовать на роль лейтмотива II Конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству», которая с 18 по 20 февраля 2016 года прошла в Санкт-Петербурге под эгидой Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова, Инновационной образовательной программы РУДН, Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и Общественной организации «Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины «МАРС».

## Люди...

В чём можно измерить успех образовательного мероприятия? Конечно, в количестве участников и широте географии, в интересе слушателей к докладам и продолжительности

дискуссий даже после окончания секции, в звёздном составе выступающих. Этот список можно продолжать ещё долго. Однако стоит сказать, что буквально по всем перечисленным пунктам конференция оказалась на высоте и даже превзошла ожидания. Судите сами: всего зарегистрировано 2258 участников, представляющих 79 регионов РФ, 10 стран ближнего и дальнего зарубежья и ровно 200 городов. Аудитория неонатологов и педиатров составила 343 человека.

## Эмоции...

Приятно удивила география участников: среди делегатов были представители Санкт-Петербурга, Москвы и других областей центра России, приехали врачи из Архангельска, Карелии, Омска, Перми, Удмуртии, Челябинска, Томска, Хабаровска и Сахалина, Краснодарского края и Татарстана, республик Чечня и Крым. И это только Россия! Мероприятие посетили также врачи из Беларуси, Украины, Азербайджана, Казахстана, Армении, Узбекистана, Туркменистана, Латвии и даже США. Готовность врачей лететь через всю страну за новыми знаниями, пожалуй, лучшее доказательство успеха любого научного мероприятия.

Залы заседаний порой не могли вместить всех желающих. Особенно приятно, что такое пристальное внимание слушателей привлекли неонатальные секции, где выступали ведущие эксперты отрасли, в том числе представляющие знаменитую отечественную школу перинатологии — Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет.

О наиболее интересных моментах Конференции мы обязательно в ближайшее время **расскажем в пост-релизе**. А пока хотим поделиться с вами некоторыми фрагментами.

### Заметки на полях

Проф. В.Е. **Радзинский** упомянул броские парадоксы современной контрацепции:

- в отличие от доступного (но малопривлекательного) изделия №2, современные презервативы — весьма дешёвое технологическое чудо. Среднесуммарная стоимость применения этого метода профилактики нежеланной беременности у 30-летней пары на месяц в нынешних экономических реалиях выше, чем у пачки низкодозированных гормональных контрацептивов;
- в регионах с высоким «покрытием» внутриматочной контрацепцией частота абортс достоверно выше среднего по стране. Приходится констатировать, что этот метод уже не адекватен поставленным целям снижения числа нежеланных беременностей.

Главный неонатолог Минздрава России, проф. Д.О. **Иванов** в одном из своих выступлений отметил, что многие врачи уже усвоили тот факт, что транспортировка новорождённо-

го несёт в себе дополнительные риски для его здоровья. Однако пока ещё «за кадром» понимания акушера-гинеколога остаётся информация о том, что даже перенос с этажа на этаж в пределах одного лечебного учреждения существенно влияет на прогноз для маловесного новорождённого. Между тем неонатологи видят довольно простое, хотя и весьма экзотичное на первый взгляд решение — завернуть ребёнка в пищевую плёнку или даже простой пластиковый пакет. Это позволит избежать неконтролируемой потери организмом новорождённого тепла и влаги, столь значимых для прогноза выживания.

Проф. **Говарг Карп** высказал авторитетное мнение о том, что кариотипирование предыдущих беременностей при невынашивании — едва ли не важнее анамнеза, так как помогает правильно интерпретировать диагноз. Поскольку мало кто назначит это исследование, например, при четвёртом по счёту выкидыше, интересна техническая возможность кариотипировать материал на парафиновых блоках для гистологии.

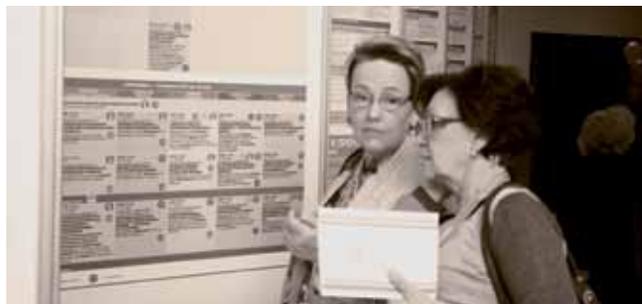
«Когда МГТ осторожно». Заседание с таким названием под председательством докт. мед. наук И.Е. **Зазерской**, проф. А.Э. **Протасовой** и проф. Т.В. **Вавиловой** из-за многочисленных вопросов аудитории выбило из расписания на 35 мин.

Огромное количество интереснейшей информации, которой буквально была пронизана атмосфера Конференции, невозможно вместить в узкие рамки журнальных полос. Именно поэтому мы снова и снова приглашаем своих читателей **присоединиться к нам** на будущих мероприятиях, участвовать в дискуссиях, слушать, слышать и внедрять прогрессивные знания в практику.

II Общероссийская конференция  
с международным участием  
18–20 февраля 2016  
Санкт-Петербург



**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА:**  
от прегравидарной подготовки  
к здоровому материнству и детству



Фотоотчёт о мероприятии можно увидеть на сайте <http://praesens.ru>

# дата менструации? пусть решает женщина!

Инновации пролонгированного режима приёма КОК: гибкий график менструаций, цифровой дозатор и нулевой индекс Перля



**Авторы:** Марина Борисовна **Хамошина**, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института РУДН; Светлана Александровна **Маклецова**, канд. мед. наук, StatusPraesens; Татьяна Евгеньевна **Рыжова**, StatusPraesens (Москва)

**Копирайтинг:** Татьяна Добрецова, Татьяна Рябинкина

«Чего хотят женщины?» — не только название известного фильма, но и вопрос, который сегодня должен задавать себе каждый практикующий акушер-гинеколог, **консультирующий по вопросам контрацепции**. Ведь в самом деле, как показали результаты онлайн-опроса, проведённого в декабре 2015 года авторитетной маркетинговой компанией Tiburon Research, россиянки к контрацептивным средствам предъявляют **не так уж и много** требований. Главный аргумент в пользу того или иного метода — контрацепция должна быть **прежде всего комфортной**, и в этом залог её успешного применения. И тогда женщина готова пользоваться выбранным методом не только годами, но и десятилетиями.

Кстати, отказаться от ежемесячных менструаций хотели бы, согласно опросу, почти половина женщин (54%). По их мнению, возможность **управлять графиком менструаций** на своё усмотрение — более чем заманчивая перспектива. И такая «опция» сегодня уже есть — её даёт **гибкий пролонгированный режим приёма комбинированных оральных контрацептивов (КОК)**. Позволить самой женщине решать, когда ей нужна менструация, — не это ли залог удобства и комфорта и, следовательно, высокой комплаентности (приверженности) к выбранному методу контрацепции?

В числе прочих причин, по которым наши соотечественницы отказываются от КОК, — боязнь пропустить время приёма препарата, что тоже не повышает приверженности женщин к пероральной контрацепции. Получается, что если бы **функцию напоминания** взял на себя кто-нибудь другой — например, сам препарат или его упаковка (!), — это могло бы стать дополнительным аргументом для применения КОК. Такое фантастическое предположение ещё недавно вызвало бы ироничную усмешку, однако в век цифровых технологий невозможное стало возможным — новый «умный» дозатор не только берёт на себя функцию напоминания и «консультирования», но и позволяет женщине подстраивать свой график менструаций под общий ритм её насыщенной событиями жизни.

Согласно результатам онлайн-исследования российской компании Tiburon Research, многие женщины считают ежемесячные кровотечения, пусть и физиологические, негативным явлением, отрицательно влияющим на качество их жизни. Иными словами, респондентки **хотели бы меньше менструировать**, а если бы представилась такая возможность, то и **вовсе** избежать ежемесячных кровотечений.

## Они не любят менструации

В опросе приняли участие 604 женщины в возрасте 18–49 лет более чем из 100 городов России. Респондентки были разделены на две группы — использующие КОК не менее 6 мес (n=300) и применяющие другие методы контрацепции (n=304). По мнению пользовательниц КОК, возможность

**переноса менструации** — дополнительное преимущество пероральных контрацептивов. Почти 30% женщин хотя бы раз **уже** использовали с этой целью принимаемый ими препарат, а ещё 15% **хотели бы** опробовать эту опцию. Семь из 10 россиянок, отодвигающих менструальное кровотечение, делают это ради отпуска или других важных событий (спортивное мероприятие, свидание, экзамены, командировка).

Не-пользовательницы КОК по отношению к возможности переноса менструаций были настроены чуть менее позитивно, что в целом отражало их не столь «прогрессивный» контрацептивный выбор. Самым распространённым в этой группе методом контрацепции стало «резиновое изделие №2» — **презерватив**. С его помощью предохранялись 63% женщин, не принимавших КОК. На втором месте оказался **прерванный половой акт** (43%, т.е. часть респонденток чередовали применение барьерных методов и прерванный поло-

вой акт — *coitus interruptus*). Ещё 5% женщин отслеживали овуляцию **календарным методом** (также причисляя его к эффективным способам предупреждения нежеланного зачатия), и **только 2%** наших соотечественниц, не выбравших КОК, обоснованно полагались на **внутриматочные средства**. Таким образом, получается, что всего лишь 2% россиянок, которые по каким-либо причинам отказались от пероральной контрацепции, использовали эффективные контрацептивные средства с низким индексом Перля, а остальные 98% **автоматически** пополняли группу высокого риска нежеланного зачатия.

На вопрос «Почему Вы не используете КОК?» практически все женщины демонстрировали крайне малую информированность в отношении этого метода контрацепции (см. инфографику), считая КОК опасными для здоровья препаратами с массой побочных эффектов. Однако при этом «масса побочных эффектов» не остановила 11% опрошенных, которые всё же **стали бы** принимать КОК для переноса менструации — похоже, это действительно насущная потребность. И неплохой аргумент для женщины, которая задумывается над тем, какой действительно эффективный метод контрацепции предпочесть.

Цитируемые российские данные по отношению женщин к менструациям в целом не новы — примерно такую же картину можно проследить по **зарубежным** исследованиям. Так, онлайн-опрос **4039 женщин** в возрасте 15–49 лет из восьми стран Европы, Северной и Латинской Америки выявил негативное отношение большинства респонденток к циклическим кровотечениям<sup>10</sup>. С женской точки зрения, менструации **неудобны** в эстетическом и гигиеническом смыслах, накладывают ограничения на ежедневные привычки (спорт, секс, предпочтения в одежде и т.д.); при этом заметно страдает самочувствие из-за головной боли, психоэмоциональной лабильности и предменструального синдрома в целом, дисменореи, гиперменореи и хронической кровопотери<sup>11,12</sup>.

Таким образом, при первой же возможности женщины с готовностью признаются в том, что они действительно **не любят менструировать**, и россиянки в этом вопросе проявляют международную солидарность. Именно поэтому

## Звоним во все колокола

Особую группу, требующую максимально внимательного и трепетного отношения, составляют девушки-подростки — это, пожалуй, самые уязвимые пациентки акушера-гинеколога. Не сформировавшись окончательно как в физическом, так и в психологическом аспекте, они начинают половые отношения, смело и без оглядки открывая новую сторону своей жизни<sup>1</sup>.

Увы, в России уже давно отмечена **тенденция** к раннему началу сексуальных отношений. Суровые статистические данные говорят о том, что в возрасте до 14 лет половую жизнь начинает каждая десятая девушка, к 15 годам во «взрослую» жизнь вступает каждая пятая, а уже в 16 лет 46% девушек имеют регулярные сексуальные отношения<sup>2,3</sup>.

Именно поэтому девушке-подростку **особенно** необходима наиболее полная и понятная информация о контрацепции, поскольку **лишь одна из 10** таких пациенток в возрасте до 18 лет идёт к врачу с вопросом о способах предупреждения нежеланной беременности; постоянно предохраняется только **одна из четырёх** девушек<sup>4</sup>. Подавляющее большинство (25%) обращаются за советом к подругам; у матерей и сестёр спрашивают совета только 19%, остальные штудируют страницы женских журналов и интернет-сайтов<sup>5</sup>. В результате получаем, что в России доля **юных** беременных и рожениц составляет 5%, и это очень много<sup>6</sup>.

Медицинский аборт проводят у 70% юных беременных. У 15% гестация прерывается самопроизвольно, остальные 15% девушек рожают<sup>2</sup>. Например, в 2014 году в России было зарегистрировано чуть более 900 тыс. абортов, причём около 4% прерываний было выполнено в возрастной категории до 20 лет<sup>7</sup>. Стоит ли говорить о последствиях, которые ожидают этих женщин? Ведь более 50% абортов несут с собой те или иные осложнения<sup>8</sup>, и только активное, но очень деликатное и аккуратное участие акушера-гинеколога в судьбе девушек может изменить ситуацию **проабортного поведения** к лучшему<sup>9</sup>.

# ЧТО ОНИ ДУМАЮТ О ПРОЛОНГИРОВАННОМ РЕЖИМЕ КОК

ОНЛАЙН-ТЕСТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН 18–25 ЛЕТ БОЛЕЕ ЧЕМ ИЗ 100 ГОРОДОВ РОССИИ (ДЕКАБРЬ 2015 ГОДА)

## ПАЦИЕНТКИ (N=300), ПРИНИМАЮЩИЕ КОК НЕ МЕНЕЕ 6 МЕС

### Отношение к пролонгации цикла с помощью КОК

Почти половина (43%) россиянок, принимающих КОК, использовали или не отрицают возможности переносить менструацию с помощью пролонгированного режима.



### Что останавливает переносить менструацию с помощью КОК



**Вывод:** У половины (47%) женщин основной аргумент против — недостаток информации.

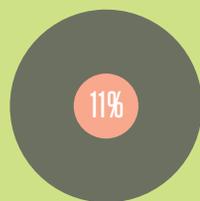
### Типичные ситуации для переноса менструации



**Вывод:** Семь из 10 женщин, отодвигающих менструации, делают это ради отпуска, а почти половина — из-за важных событий.

## ПАЦИЕНТКИ (N=304), НЕ ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

### Хотели бы перенести менструацию с помощью КОК



Пациентки, не использующие КОК, обычно меньше осведомлены об их возможностях. Пролонгированным режимом для отсрочки менструации хотели бы воспользоваться только 11% респонденток

### Причины отказа от возможности перенести менструацию



### Причины отказа от КОК



**Вывод:** 38% женщин отказываются от приёма КОК по причине того, что опасаются забывать принимать таблетки правильно.



**гибкий пролонгированный** режим приёма КОК, который при правильном использовании даёт возможность сократить число менструальных кровотечений всего лишь **до двух-трёх в год**, — одно из перспективных решений задачи по повышению **приверженности** женщин к надёжной контрацепции. Задачи очень непростой, но чрезвычайно важной на уровне нации — речь идёт о реальном пути сокращения числа артифициальных аборт. То, что женщине удобно, она будет применять долго, полноценно защищая себя и свою семью от незапланированного зачатия.

## Эволюция контрацептивов как борьба за комплаентность

Вопросы комплаентности занимали многих производителей противозачаточных таблеток с самого начала эры контрацепции, поскольку имели прямое отношение к росту продаж этого инновационного продукта. Усовершенствование контрацептивов стартовало в 1960 году, **разу** после регистрации на американском рынке первого в истории таблетированного контрацептива «Эновид»\*. Препарат содержал эстрогены в дозе, эквивалентной 105 мкг (!) этинилэстрадиола, — недопустимо тромбогенной с точки зрения современных позиций.

В то же время гестагенный компонент норэтинодрел имел настолько мощный «остаточный» андрогенный эффект, что довольные контрацептивным результатом женщины вынуждены были запастись бритвенными станками. Необходимость избавляться от побочных эффектов (и рисков для здоровья) была очевидной — с ними были готовы мириться (и сохранять комплаентность) далеко не все пользовательницы метода.

В дальнейшем в целях сокращения частоты и выраженности побочных эффектов совершенствование контрацептивов пошло по двум путям: снижения дозы эстрогенов (сегодня установлен минимум действенного содержания этинилэстрадиола — 15 мкг) и последовательного усовершенствования гестагенного компонента. Сначала эволюция гестагенов стремилась минимизировать остаточный андрогенный эффект, а с 1990–2000-х годов вышла на просторы **лечебных гестагенов**, самыми востребованными из которых сегодня стали диенгест и дроспиренон.

При этом чрезвычайно любопытно отметить, что все этапы развития контрацепции, такие как повышение безопасности, минимизация побочных эффектов, достижение лечебного воздействия, по сути, решали одну и ту же задачу — обеспечить методу **максимально возможную приемлемость**, причём не только для женщин, но и для врачей-гинекологов, консультирующих своих пациенток по вопросам контрацепции. Совершенно той же цели служили и разработки в сфере **режима дозирования КОК**.

\* Препарат вышел на рынок ещё в 1956 году, однако применяли его по показанию «нарушения менструального цикла». Контрацептивный эффект был побочным, хотя и очень удачным, что не замедлило сказаться на продажах «Эновид» — благодаря всеильному «сарафанному радио».

## Режим приёма и комплаентность

В исторической перспективе классический режим приёма КОК (21 день приёма и 7 дней перерыва) появился отнюдь не случайно. Создатели первых контрацептивных таблеток, предвидя возражения со стороны религиозных общин (с доминирующим влиянием Римско-католической церкви), стремились к максимальной имитации естественного цикла женщины продолжительностью 28 дней. Один из разработчиков, Джон Рок (John Rock), полагал, что такой «естественный цикл» поможет одобрению метода папой римским<sup>13</sup>.

К сожалению, одобрения со стороны Римско-католической церкви метод не получил до настоящего времени, но США и Европе прокатилась волна мощных акций протеста против «контрацептивных таблеток», но классический режим долгие годы оставался единственно возможным вариантом, несмотря на многие неудобства. Например, сегодня известно, что в 7-дневный безгормональный интервал может «просыпаться» собственная гипоталамо-гипофизарно-яичниковая ось, запуская рост фолликулов и созревание яйцеклеток (у 25–90% пользовательниц КОК)<sup>14</sup>. Такие «сотрясения» на уровне гормональной регуляции могут выливаться в нарушения самочувствия женщины к концу безгормонального интервала<sup>15</sup>. Кроме того, до 40% женщин пропускают приём таблеток, как правило, в период возобновления приёма препарата после «безгормонального» перерыва<sup>16</sup>.

Именно от последнего недостатка удалось избавиться введением режима «21+7», при котором каждая упаковка контрацептива содержит 21 активную таблетку и 7 таблеток плацебо, всего 28. При этом главное, что женщина принимает препарат **каждый день**, формируя и поддерживая у себя стойкую ежедневную привычку без всяких исключений. И это стало первым этапом повышения **комплаентности** за счёт режима дозирования — женщины перестали бояться пропустить таблетку и, избавившись от ненужной тревожности, начали больше доверять методу.

[ Следующий логичный шаг в эволюции КОК — пролонгированный режим: активные таблетки стали назначать непрерывно не на 21 или 24 дня, а на 2–3-кратно увеличенный срок. ]

Следующим шагом развития стал режим «24+4» — каждая упаковка содержала 24 активные таблетки и 4 таблетки плацебо. Помимо снижения риска забыть принять препарат вовремя (та самая ежедневная привычка без исключений), женщина получила так называемый **укороченный безгормональный интервал**. Это не замедлило сказаться на комплаентности, поскольку при таком коротком перерыве в приёме КОК гипоталамо-гипофизарно-яичниковая ось не успевает активироваться, что в купе с привычкой к ежедневному приёму позволило максимально приблизить индекс Перля типичного применения КОК к идеальному<sup>17</sup>.

Следующий логичный шаг в эволюции режимов приёма КОК для достижения более высокой комплаентности — так называемый **продолженный режим**: активные таблетки КОК стали назначать не на 21 или 24 дня, а сразу на 2–3-кратно увеличенный срок — 42–63 или 48–72 сут непрерывно. После такого длительного периода приёма активных таблеток следует безгормональный интервал (4 или 7 дней), во время которого и наступает менструальноподобное кровотечение.

Продолженный режим приёма КОК решает задачу длительной стабилизации гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси и, как следствие, «выключения менструаций», что нередко бывает необходимо с терапевтической целью у пациенток с хронической кровопотерей, анемией, менструальной мигренью у женщин, лечившихся по поводу аномальных маточных кровотечений, обусловленных, например, аденомиозом.

Однако, помимо прочего, продолженный режим **позволяет несколько повысить комплаентность к препарату** путём «отмены невостребованных менструаций» у женщин, которые используют КОК (а значит, беременность не планируют) и **хотели бы менструировать реже**, — таких, как показал онлайн-опрос (см. выше), в популяции женщин репродуктивного возраста, даже не принимающих КОК, как минимум 11%.

Немаловажно, что при использовании продолженных<sup>18</sup> схем терапии происходит **значительное** подавление функции яичников, что увеличивает эффективность контрацепции, минимизируя вероятность наступления беременности при пропуске очередной таблетки. Более того, такой режим предпочтительнее выбирать, когда стоит вопрос об одновременной терапии препаратами<sup>19</sup>, влияющими на эффективность КОК.

Безопасность продолженных схем приёма контрацептивов подтверждена клиническими испытаниями: **частота и характер побочных эффектов** при традиционной схеме назначения КОК сопоставимы с таковыми при продолженном режиме приёма (обязательным условием сравнения было использование одних и тех же препаратов)<sup>19</sup>. Таким образом, внедрение в практику



© antoniadiaz / shutterstock.com

продолженной оральной контрацепции — это реальный шанс качественно **повлиять на проблематику аборт**ов, одновременно улучшая качество жизни женщины.

И наконец, вершина «эволюции» пероральной контрацепции и продолженных режимов приёма — в 2015 году появился **цифровой дозатор**, позволяющий использовать продолженный режим столь гибко, что по истечении обязательного 24-дневного периода (так называемой «обязательной фазы») приёма КОК женщины обрели возможность назначить дату менструации **по собственному усмотрению** и добиваться феноменального индекса Перля — **нулевого**<sup>20</sup>.

## Особая гибкость

В 2015 году в России зарегистрирован первый комбинированный эстроген-гестагенный препарат с **гибким** продолженным режимом приёма в особой «интеллектуальной» упаковке — речь идёт о препарате «Джес», применяемом только совместно со специально разработанным дозатором «Клик (Click)»<sup>21</sup> (см. инфографику).

Суть новации проста. Цифровой дозатор с экраном (напоминающим по размерам мобильный телефон) имеет гнездо для картриджа с **30 таблетками** контрацептива «Джес»; картриджи меняют по мере их использования. При одновременном нажатии на боковые

[ Продленный режим решает задачу длительной стабилизации гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси и «выключения менструаций», что нередко бывает необходимо с терапевтической целью. ]

# ВСЕГО ДВЕ-ТРИ МЕНСТРУАЦИИ В ГОД



## ПОВЫШЕНИЕ КОНТРАЦЕПТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ЦИФРОВОГО ДОЗАТОРА

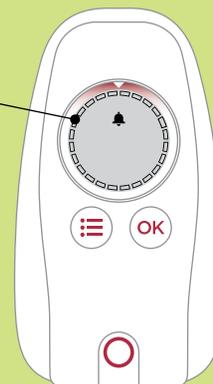
Дозатор активируется после введения флекс-картриджа, содержащего 30 таблеток препарата «Джес»



24 ячейки символизируют 24 ч в сутках  
Каждая ячейка = 1 ч

Пустые ячейки показывают, сколько времени осталось до приёма таблетки

Закрашенные ячейки показывают, сколько времени прошло с того момента, когда необходимо было принять таблетку



### Напоминает...

женщине о необходимости приёма таблетки при помощи визуального и звукового сигнала



**ПРИНЯТЬ  
ОДНУ ТАБЛЕТКУ**

### Предупреждает и советует...

женщине, что делать, если пропущен приём одной или нескольких таблеток



**ПРИНЯТЬ  
ДВЕ ТАБЛЕТКИ**

### Направляет...

женщину в течение всего цикла и 4-дневного перерыва в приёме таблеток



**4-ДНЕВНЫЙ ПЕРЕРЫВ:  
1-Й ДЕНЬ**

### Информирует...

женщину о необходимости использования дополнительных методов контрацепции в случае пропуска таблеток



После наступления времени приёма сигнал будет повторяться через каждые 4 мин...

Время приёма таблетки



...звучать через каждые 15 мин до 210 мин (3,5 ч) после установленного времени приёма...

0 мин 90 мин 210 мин

...звучать через каждые 30 мин до 7 дней после установленного времени...

...«поймёт», что приём прекращён, и автоматически перейдёт в неактивный режим...

Неактивный режим

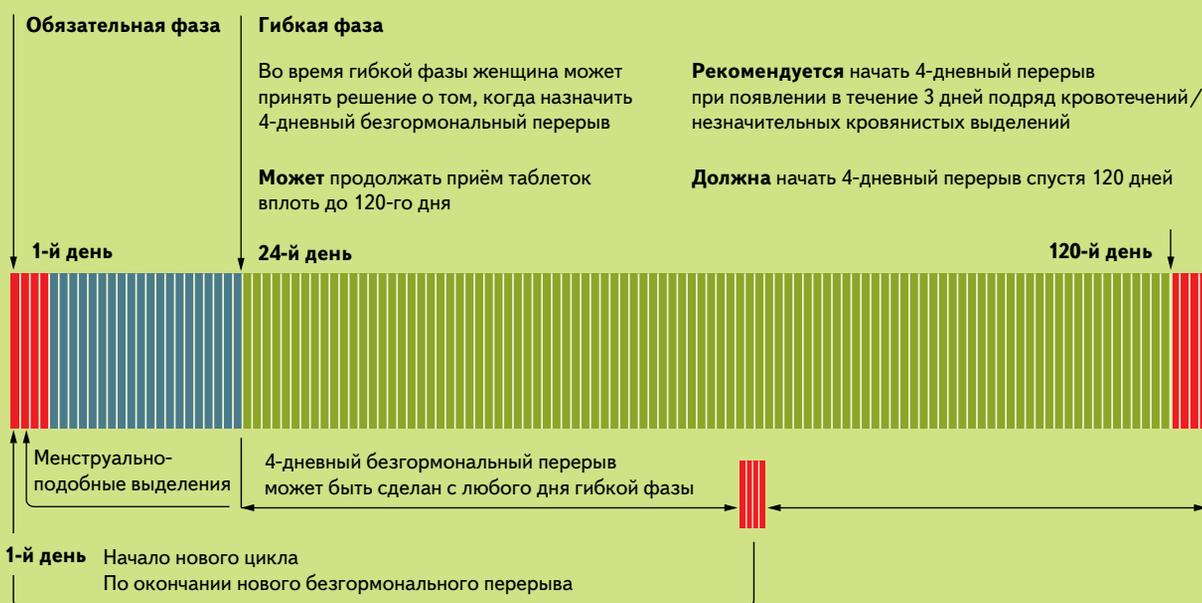


7 дней отсутствия активности

## СКОЛЬКО ЖЕНЩИН ПРОПУСКАЮТ ПРИЁМ ТАБЛЕТОК В ТЕЧЕНИЕ ГОДА?



## СРЕДНЕСУТОЧНОЕ ВРЕМЯ ЗАДЕРЖКИ ПРИЁМА ПРЕПАРАТА



### ВЫВОД:

ИНДЕКС ПЕРЛЯ 0,0!

Инновационный режим дозирования препарата предоставляет женщине возможность самой выбирать дату менструаций и их количество в течение года. Важно, что начать перерыв можно **в любой день гибкой фазы**, а максимальный период от первого дня менструального цикла до начала следующей менструации может составлять 120 дней. Таким образом, женщина получает возможность менструировать всего лишь **2–3 раза в год**. Пациентки, использовавшие цифровой дозатор с включённым звуковым оповещением, реже пропускали приём таблеток в течение года, чем те, кто использовал прибор только с визуальным напоминанием. Звуковой сигнал также позволяет снизить среднесуточное время задержки ежедневного приёма таблеток на 90 мин по сравнению с беззвучным режимом. На протяжении года ни в одной из групп не было зарегистрировано случаев беременности — индекс Перля = 0,0 (95% ДИ 0,00–0,87)\*.

\* Wiegatz I., Elliesen J., Paoletti A.M. et al. Adherence with ethinylestradiol 20 µg/drospirenone 3 mg in a flexible extended regimen supported by the use of a digital tablet dispenser with or without acoustic alarm: an open-label, randomized, multicenter study // Int. J. Womens Health. 2015. Vol. 7. P. 19–29. [PMID: 25609999.]

клавиши дозатора он выдаёт очередную таблетку и сразу же фиксирует выдачу в электронной памяти, отражая это на своём экране. Чётко по времени дозатор издаёт звуковой сигнал, напоминающий о том, что женщине пора принять контрацептив, и если таблетка не была выдана, настойчиво продолжает об этом напоминать. Одновременно, если приём таблетки задержан при пропуске более 7 таблеток подряд либо при нерегулярном приеме таблеток более 7 дней, дозатор информирует о том, что конкретно нужно делать женщине (например, использовать дополнительные методы контрацепции).

Однако самое главное — это **гибкий режим приёма** контрацептива (кстати, именно «Джес во флекс-картридже» имеет единственную пока в России запись в инструкции «рекомендован для гибкого режима приёма»<sup>21</sup>). Разработанный режим приёма КОК включает **две фазы — обязательную и гибкую** (см. инфографику). Обязательная фаза ничем не примечательна: с 1-го по 24-й день включительно пациентка принимает таблетки в обычном режиме. Интрига начинается с 25-го дня приёма, когда наступает **гибкая фаза**, длительность которой может составлять 96 дней. Таким образом, максимально возможная продолжительность приёма препарата составляет 120 дней. Именно в гибкой фазе пациентка может **самостоятельно** принимать дальнейшие решения относительно своего менструального цикла. По своему усмотрению она может регулировать собственный цикл.

**[ В гибкой фазе (с 25-го по 120-й день) пациентка самостоятельно принимает решение, на какой день ей удобнее всего запланировать начало менструации. ]**

- Она может продолжить приём таблеток вплоть до 120-го дня — и 4 мес подряд (!) обходиться без менструальноподобного кровотечения.

- Женщина может начать 4-дневный безгормональный перерыв по собственному желанию (либо принудительно — из-за возникновения кровотечения и/или кровяных выделений в гибкой фазе в течение 3 дней подряд). В этом и состоит новация — особая гибкость режима приёма КОК позволяет женщине **самой назначать** день начала менструальноподобного кровотечения.

Обязательное условие — после каждого 4-дневного перерыва в приёме контрацептива необходимо начать **новый** цикл, минимальная продолжительность которого должна составлять 24 дня, а максимальная — 120 дней.

После 120-го дня делают **обязательный** перерыв на 4 дня, и цикл можно начинать сначала. Важная оговорка: 4-дневную паузу в приёме КОК следует сделать в случае кровотечения и/или кровяных выделений, длительность которых составляет 3 дня подряд.

Таким образом, «Джес во флекс-картридже» применительно к разговору о приверженности женщин к приёму КОК открывает перед пользовательницами новые горизонты возможностей:

- уменьшать количество менструальноподобных кровотечений до 2–3 раз в год, самостоятельно увеличивая продолжительность приёма активных таблеток до 120 дней;
- планировать срок наступления менструации;
- иметь ежемесячные кровотечения, если женщине хочется именно этого.

Таким образом, эволюция режима приёма и упаковки КОК, направленная на рост комплаентности, привела к созданию **гаджета**, чрезвычайно удобного для поколения Z — девушек и молодых женщин, не выпускающих из рук сотовые телефоны. Безусловно, все преимущества цифровых технологий были задействованы в дозаторе «Клик (Click)» в полной мере, с тем чтобы решить ещё одну очень серьёзную проблему комплаентности — регулярность приёма КОК.

## Будильник в роли «спасителя нации»

Кроме проблем малой информированности и гормонофобии, женщины зачастую мотивируют свой отказ от использования оральных препаратов **страхом забыть выпить очередную таблетку**. И эти страхи на самом деле обоснованны — ненулевой индекс Перля у КОК серьёзно отличается для идеального (0,3) и типичного (8,0) применения<sup>22</sup>. Таким образом, типичное применение, отражающее вполне естественную человеческую забывчивость, действительно сопряжено с риском нежеланного зачатия.

Свыше 70% пациенток допускают пропуски в приёме оральных контрацептивов<sup>23</sup> — этот метод контрацепции предполагает **сознательный и дисциплинированный подход**, что для потребительниц, особенно молодого возраста, бывает нелегко<sup>11</sup>. А когда женщина всё же попадает в ситуацию «пропущенной таблетки», в большинстве случаев она **не идёт** на приём к врачу, пытается найти ответы в интернете и у подруг. Цифровые технологии и программное обеспечение дозатора «Клик (Click)» успешно решают и эту проблему — препарат «Джес во флекс-картридже» выполняет следующие функции.

- Напоминает посредством звукового и визуального сигнала («будильника») о необходимости принять очередную таблетку. Причём в непростом деле напоминания дозатор готов проявлять настойчивость и даже фанатизм: в первые 1,5 ч он будет издавать сигнал каждые 4 мин, потом ещё 2 ч — каждые 15 мин, до истечения 7 дней — раз в полчаса, и только потом устройство сочтёт свою задачу выполненной и перейдёт в неактивный режим.

- Подсказывает, что делать, если имеет место пропуск одной или нескольких таблеток: «прими 2 таблетки» или «дополнительно используй другие методы контрацепции».

- Координирует действия потребителя в течение всего цикла приёма контрацептива, например, просит сменить картридж или «навязывает» обязательный перерыв по истечении 120 дней постоянного приёма.

Создание этого инновационного устройства было направлено на то, чтобы не только сделать приём орального контрацептива регулярным, но и помочь женщине стать бо-

лее информированной в вопросах, возникающих при использовании КОК. Таким образом, разработанный дозатор — своеобразный **посредник** между врачом и пациенткой, который поможет самостоятельно разрешить «внештатную» ситуацию и спокойно продолжить дальнейшее использование. Следует подчеркнуть, что дозатор «Клик (Слук)» — прежде всего **«помощник»** врача, поскольку его использование не отменяет плановых визитов, предусмотренных программой ведения женщины, использующей КОК по показанию «контрацепция» или по любому зарегистрированному показанию.

**Результаты исследования** контрацептивной эффективности препарата «Джес во флекс-картридже» превзошли все ожидания. В первую очередь было показано, что женщины благодаря системе оповещения **почти в 3 раза** реже пропускали приём таблеток<sup>24,25</sup>. Однако дело не ограничилось лишь увеличением аккуратности в приёме пероральных контрацептивов: благодаря индивидуальным инструкциям, которые даёт дозатор «Клик (Слук)» своим пользовательницам, удалось добиться действительно феноменальных результатов — **индекс Перля оказался равным нулю**<sup>24</sup>.

Именно такие результаты были получены при сравнении трёх групп принимавших «Джес во флекс-картридже» в течение года (см. инфографику): 103 женщины использовали КОК без дозатора, 159 — с дозатором, у которого был выключен звуковой сигнал, и 167 — с включённым звуковым сигналом дозатора. Во всех трёх группах индекс Перля составляет 0,0, но при использовании дозатора и включённого звукового оповещения только 18% в течение года пропустили 1 таблетку и 2% — три и более.

Если поднять вопрос о нежелательных явлениях, которые могут возникать в течение применения пероральных контрацептивов в гибком пролонгированном режиме, получены данные, что большинство из них **не связано** с самим исследуемым препаратом<sup>26–28</sup>. При оценке результатов трёх различных режимов приёма КОК на основе дроспиренона было доказано, что значимых клинических и лабораторных различий в плане нежелательных явлений между группами нет<sup>21</sup>.

## Старый друг в новом обличье

Каждая таблетка «Джес во флекс-картридже» содержит 3 мг дроспиренона и 20 мкг этинилэстрадиола, т.е. это тот же «Джес», но применяемый в ином, более гибком режиме, который **можно подстраивать** под потребности конкретной потребительницы. Несмотря на это, все показания для применения, приводимые в официальной инструкции, остались прежними:

- контрацепция;
- контрацепция и лечение умеренной формы угрей (*acne vulgaris*);
- контрацепция и лечение тяжёлой формы предменструального синдрома (ПМС).

Дроспиренон, входящий в состав описываемого контрацептива, представляет собой производное спиронолактона. Антиминералокортикоидное действие дроспиренона, в 5–6 раз превосходящее свойства эндогенного прогестерона, предупреждает появление отёков и увеличение массы тела, которые могут быть обусловлены задержкой жидкости вследствие эстрогенного влияния. Кроме того, дроспиренон оказывает **положительное влияние** при предменструальном синдроме, облегчая или полностью нивелируя его проявления<sup>21</sup>. Антиандрогенное свойство молекулы дроспиренона нашло клиническое применение в лечении акне, гирсутизма и других проявлений гиперандрогенизма, способствует нормализации уровня жирности кожи и волос.

Обсуждаемый прогестаген не имеет эстрогенной, андрогенной, кортикоидной и антикортикоидной активности. Благодаря всем перечисленным свойствам дроспиренон обладает хорошим фармакологическим и биохимическим профилем, сходным с натуральным прогестероном<sup>21</sup>. Препарат «Джес во флекс-картридже» на основе дроспиренона обладает **хорошей переносимостью**<sup>24,25,28</sup>.

[ Эволюция режима приёма и упаковки перорального контрацептива привела к созданию гаджета, удобного для поколения Z — девушек и молодых женщин, не расстающихся с сотовыми телефонами. ]



Именно **борьба за комплаентность** (приверженность к назначенной терапии) всегда была и будет одним из самых мощных **двигателей развития** контрацепции как таковой. И хотя производители лекарственных средств при этом преследуют вполне объяснимые коммерческие цели (повышение продаж), в случае контрацепции высокая комплаентность **на уровне нации** означает снижение частоты абортов, сохранение репродуктивного здоровья и косвенно повышение рождаемости, причём желанные дети рождаются именно в то время, когда семья к этому готова и с экономической, и с психологической точки зрения.

Вот почему борьбу за комплаентность сегодня следует рассматривать не только как «двигатель прогресса», но и как **глобальную задачу** мирового масштаба — чем удобнее форма и режим применения, тем больше шансов на то, что женщина будет пользоваться контрацептивным методом долго и без ошибок, сохраняя репродуктивный потенциал страны. И если при нулевом индексе Перля около 80% респондентов хотели бы рекомендовать «Джес во флекс-картридже» своим подругам<sup>24,25</sup>, то эта новация вполне достойна того, чтобы максимально активно внедрять её в практическую работу. **SP**

Библиографию см. на с. 124–127.

# ПОДЗАЩИТНЫЙ НЕЙРОГЕНЕЗ

Нейрогенез и защита нервной системы плода и новорождённого.

Роль прогестерона и его метаболитов



Авторы: Марина Васильевна Дегтярёва, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой неонатологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Юлия Альбертовна Бриль, StatusPraesens (Москва)

Границы привычного представления гестагенной поддержки и терапии в последние годы существенно расширились, и в настоящее время прогрессивные медицинские специалисты уже не смотрят на прогестерон лишь как на регулятор менструального цикла или токолитический компонент пролонгации беременности. Стало известно, что прогестационный гормон и его производные активно влияют на метаболические процессы в нервной системе и матери, и плода. Сегодня к изучению эффектов нейростероидов во время гестации приковано внимание исследователей всего мира<sup>1,2</sup>.

Результаты экспериментов воодушевляют и дарят надежду на то, что и в реальной клинической практике прогестерон достойно проявит себя, «прикрыв тыл» при осложнениях беременности и родов, защищая самую сложноорганизованную и одновременно хрупкую структуру — нервную систему ребёнка. Обзору результатов недавних исследований посвящена настоящая статья.

Биомеханический покой матки — далеко не единственное условие благополучного течения гестации: в ряду других важных факторов почётное место занимает адаптация нервно-психической активности беременной, позволяющая сохранять её философски-наблюдательный взгляд на «мелочи жизни» и не беспокоиться по пустякам. «Стрессовый глюкокортикоидный массаж», мобилизующий небеременных представителей человеческой популяции для противостояния житейским невзгодам, будущим матерям категорически противопоказан.

Подавление реакций на стресс (а точнее, на пиковый выброс стрессовых гормонов) — одна из первых ней-

рофизиологических ролей прогестерона и аллопрегнанолона, о которой стало известно акушерам-гинекологам. В ходе дальнейших многочисленных экспериментов учёным в конце концов удалось приоткрыть завесу тайны над другими психофармакологическими свойствами нейростероидов. Так, было обнаружено их анксиолитическое, антидепрессантное, противосудорожное и болеутоляющее влияние<sup>3-5</sup>.

## Новый герой

Результаты исследований последних лет пролили свет на эффекты нейрометаболита прогестерона — аллопрегнанолона.

[ Даже после рождения ребёнка аллопрегнанолон продолжает поддерживать созревание нейронов и дальнейшую миелинизацию нервных волокон, способствуя тем самым формированию нервной системы. ]

Именно ему специалисты отводят одну из ведущих ролей в метаболических и биохимических процессах головного мозга беременной и развитии центральной нервной системы (ЦНС) плода<sup>6</sup>. Даже **после** рождения ребёнка этот нейростероид продолжает поддерживать созревание нейронов, дальнейшую миелинизацию нервных волокон, способствуя тем самым формированию нервной системы<sup>6</sup>.

Уровень аллопрегнанолонa во время беременности нарастает в организме как матери, так и плода, при этом концентрация нейростероида в головном мозге отнюдь не статична. Она динамически изменяется при разных физиологических состояниях (например, при стрессе).

Основные и доказанные к настоящему времени биологические роли аллопрегнанолонa во время беременности можно представить следующим образом:

- формирование **доминанты беременности** и ослабление выраженности материнских реакций на стресс;

- защитное действие **на мозг плода** в ответ на острый стресс;
- влияние на центральные механизмы секреции окситоцина, что минимизирует риск преждевременных родов;
- нейросинтетический эффект — участие в дифференцировке и созревании **нейронов плода**, в миелинизации волокон нервных клеток.

Если говорить о введении гестагенов извне, то важно отметить, что аллопрегнанолон — естественный метаболит **натурального (биоидентичного) прогестерона**, а его синтетические аналоги лишены таких производных. Тем не менее исследователи продолжают работы по изучению синтетических гестагенов. Так, в некоторых научных экспериментах продемонстрирована связь ассоциированных с аллопрегнанолоном и **группами** нейростероидами свойств у синтетических аналогов прогестерона, однако она требует дальнейшего изучения и серьёзных доказательств<sup>7,8</sup>.

## Гестационная стрессоустойчивость

Первой на действие физических и психологических стрессовых факторов реагирует гипоталамо-гипофизарная ось — ключевой контролирующий орган нейроэндокринной системы. В результате её активации нарастает выработка глюкокортикоидов корой надпочечников, что, безусловно, повышает шансы организма на **выживание в критической ситуации**: оптимизируются обменные и сердечно-сосудистые процессы, модулируются иммунный ответ и поведенческие реакции. Вместе с тем высокий уровень стрессовых гормонов может сохраняться даже после устранения угрозы, и в этой ситуации их защитная роль утрачивается.

Стрессовая активация гипоталамо-гипофизарной системы матери на поздних сроках может запустить программу **отрицательного программирования** у плода, что подвергает его риску не только пренатальных поражений, но и заболеваний после рождения.

Сам «отец стресса» Ганс Селье в 40-х годах прошлого века обнаружил **сегативное действие** гормонов беременности, однако механизм его возникновения долгое время был непонятен — вплоть до начала 80-х годов, когда удалось доказать тормозящую роль нейромедиатора ГАМК (γ-аминомасляной кислоты), а далее — модулирующее действие прегнанов (названных нейростероидами) на ГАМК-функции<sup>9</sup>.

Эксперты считают, что надёжную защиту плода от отрицательного программирования стрессом обеспечивают два механизма. Во-первых, **подавление активации** материнской гипоталамо-гипофизарной оси в ответ на стресс в конце гестации, что сводит к минимуму действие на плод глюкокортикоидов матери. Во-вторых, плацента продуцирует фермент (11β-гидроксистероиддегидрогеназа 2-го типа), катализирующий превращение активного кортикостерона или кортизола в **неактивный кортизон** и, следовательно, ограничивающий пул циркулирующих «агрессивных» материнских глюкокортикоидов.

Прямая связь аллопрегнанолонa с ГАМК-рецепторами нейронов гипоталамуса во время гестации пока не до-

### Окситоцин «под колпаком»

Хорошо известен главный механизм токолитического действия прогестерона — блокада **окситоциновых рецепторов** в миометрии и устранение тем самым возбуждающих влияний эндогенного окситоцина. Однако это периферическое звено не единственное: так, синтез окситоцина нейронами **гипоталамуса** находится ещё и под «прогестероновым колпаком». В экспериментах на животных показано, что задержка наступления родов связана с влиянием повышенного уровня прогестерона не только на миометрий, но и на норадренергические и окситоциновые нейроны.

В целом к гестационным механизмам ограничения секреции окситоцина нейронами гипоталамуса относят:

- автоматическое торможение оксидом азота (NO);
- ингибирующее действие эндогенных опиоидов (например, β-эндорфинов, энкефалинов);
- действие аллопрегнанолонa на ГАМК- и опиоидные рецепторы.

По мере прогрессирования беременности относительная значимость этих механизмов изменяется, причём действие аллопрегнанолонa нарастает к концу гестационного срока. Возможно, роль последнего заключается ещё и в предстартовом сдерживании нейронов окситоцина от преждевременной масштабной активации после обвала секреции прогестерона.

[ Резкое постнатальное снижение уровня аллопрегнанолонa сопровождается не только угнетением защитных механизмов нейронов, но и повышенной уязвимостью головного мозга новорождённого к повреждениям. ]

# ОСТОРОЖНО: ХРУПКОЕ!



## ЧАСТОТА И ПОСЛЕДСТВИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

### ПОЧЕМУ ВОЗНИКАЮТ?

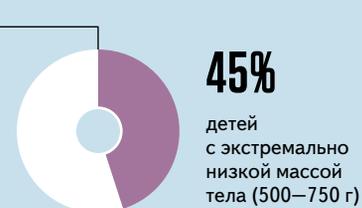
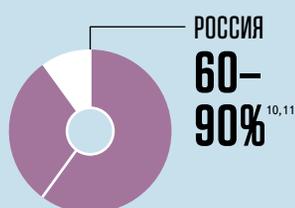
Предрасполагают к внутрижелудочковым кровоизлияниям (ВЖК) особенности анатомического строения сосудистой сети в области наружной стенки боковых желудочков у недоношенных детей.

- Стенка сосудов представлена одним слоем эндотелия на тонкой базальной мембране
- От полости желудочков сосуды отделены однослойной пластинкой — эпендимой
- Сосуды окружены герминальным матриксом, поддерживающих тканей нет
- Все сосуды венозной сети впадают в одну центральную вену под острым углом, что затрудняет кровоток

### СТАДИИ ВЖК



### ЧАСТОТА ВЖК



\* Болезнь Литтла (спастическая диплегия) — наиболее частая разновидность ДЦП с более выраженными двигательными нарушениями в нижних конечностях.

казана (в отличие от окситоциновых рецепторов), но опосредованно через ГАМК этот нейрометаболит способен эффективно модулировать активность гипоталамо-гипофизарной оси у беременной<sup>9</sup>.

## Нейрогенез и нейропротекция

Важнейшие этапы становления центральной нервной системы плода — деление нейронов и клеток глии (олигодендроцитов, выполняющих в головном мозге опорную и питательную функции для нейронов), рост аксонов и дендритов, формирование синапсов — также находятся под постоянным прогестероновым «прикрытием»<sup>6,16,17</sup>.

Прогестационный гормон и его производные активно влияют на метаболические процессы нервной системы (и матери, и плода) через специфические стероидные рецепторы<sup>1,2,18,19</sup>, которыми оснащены не только гипоталамус и гипофиз («центры контроля» за периферическим стероидогенезом),

но и другие структуры головного мозга, в том числе корковое и подкорковое вещество<sup>20</sup>.

Результаты экспериментов *in vivo* показали, что прогестерон опосредованно через свой внутриклеточный чувствительный аппарат, а аллопрегнанолаон дополнительно через **независимые от рецепторов прогестерона** пути (в основном через ГАМК-систему) принимают участие в процессах созревания и дифференцировки нейронов, стимулируют формирование дендритов и синаптических контактов между ними, оказывают трофическое влияние на клетки ЦНС<sup>3</sup>.

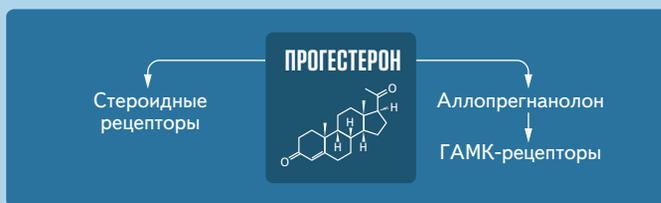
Дополнительно в последнее время внимание исследователей направлено на изучение роли прогестерона и аллопрегнанолаона в процессах **миелинизации\*** нервных волокон, пролиферации и дифференцировки нейронов, а также протективной функции в отношении ЦНС.

\* Миелиновое покрытие нейронов ускоряет проведение нервного импульса и обеспечивает трофику клеток, что критически необходимо для функционирования целостной нейрональной сети.

## УМНЫЙ ПЛОД. ПРОГЕСТЕРОН, ЕГО МЕТАБОЛИТЫ И МОЗГ ПЛОДА



Функции прогестерона в организме связаны в основном с репродуктивной сферой, и часто его называют «гормоном беременности». Однако он оказал ещё и **критически важен для развития и защиты мозга плода.**



### НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОГЕСТЕРОНА И ЕГО МЕТАБОЛИТОВ:

- Снижают отёк мозга
- Восстанавливают гематоэнцефалический барьер
- Способствуют миелинизации и ремиелинизации волокон
- Участвуют в регуляции внутричерепного давления
- Оказывают противовоспалительное действие
- Уменьшают окислительный стресс
- Ограничивают апоптоз

СПОСОБСТВУЮТ КОГНИТИВНОМУ И ПОВЕДЕНЧЕСКОМУ ВОССТАНОВЛЕНИЮ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

[ В изучении роли прогестерона в защите незрелых клеток ЦНС и нейрогенезе плода точка не поставлена. Есть доказательства ассоциации нарушений нейрогенеза и задержки психомоторного, умственного развития будущего ребёнка с недостаточным уровнем обсуждаемых стероидов при ранних преждевременных родах. ]

У плода созревание и дифференцировка клеток-предшественников, рост аксонов и дендритов начинаются с 12 нед беременности, а процессы миелинизации стартуют во II триместре (и затем продолжают длительное время после рождения)<sup>21,22,23</sup>. В этот период головной мозг подвергается влиянию высоких концентраций прогестерона и его нейрометаболитов. В первые 2 нед жизни у новорождённого также происходит активный синтез прогестерона и аллопрегнанолона в головном мозге. Согласно результатам экспериментов на животных, концентрация нейростероидов в головном мозге превышает таковую в плазме крови<sup>6</sup>. Это, по мнению экспертов, свидетельствует о непосредственном участии обсуждаемых гормонов в созревании нервных клеток и формировании ЦНС<sup>24,25</sup>.

Во время всего периода развития белое вещество головного мозга крайне уязвимо. Любые нейротоксические факторы тормозят созревание и дифференцировку клеток-предшественников олигодендроцитов, что нарушает миелинизацию нервных волокон<sup>24,26</sup>. Основная форма повреждения белого вещества головного мозга ребёнка после преждевременных родов — внутрижелудочковое кровоизлияние и перивентрикулярная лейкомаляция (размягчение и некроз участков головного мозга, прилегающих к желудочкам), лежащие в основе **церебрального паралича**<sup>22</sup>. Главными повреждающими факторами при этом служат, помимо самих преждевременных родов, внутриутробные состояния: инфекция, гипоксия.

Через 2 нед после рождения уровень циркулирующего прогестерона у детей постепенно падает и сохраняется на достаточно низких значениях до конца пубертатного периода<sup>27</sup>.

## Моделируем *in vivo*

Наиболее изучены защитные и трофические механизмы действия прогестерона и его метаболитов на нервные клетки в экспериментах *in vivo* — на живых моделях<sup>21,28</sup>.

Важная роль прогестерона при созревании предшественников олигодендроцитов (клеток глии) была продемонстрирована в эксперименте при повреждении

## Дети дождя

Причины большинства врождённых неврологических расстройств до сих пор изучены недостаточно. Например, этиологию **аутизма** расследуют учёные всего мира, пытаются разработать хоть сколько-нибудь эффективные методы лечения. Результаты некоторых исследований показывают повышенный риск аутизма у детей, рождённых от матерей с **осложнённым течением гестации**. И хотя обычно причину аутизма видят в самих акушерских осложнениях, есть один **общий фактор**, претендующий на роль ответственного за оба нарушения (и за осложнения гестации, и за аутизм)<sup>29–31</sup>.

Американские исследователи (Whitaker-Azmitia P.M. et al., 2014) представили обзор литературы, позволивший им высказать предположение, что именно снижение уровня прогестерона может быть ответственно как за акушерские осложнения, так и за изменения мозга, связанные с аутизмом. Таким образом, исследователи выдвигают гипотезу, что поддержание **оптимального уровня прогестерона** может снизить риск **аутических** расстройств.

спинного мозга мышцей, когда тормозились процессы дифференцировки, развития нервных клеток и их миелинизации в белом веществе<sup>32</sup>. Полученные результаты показали, что полное созревание предшественников олигодендроцитов происходило преимущественно у животных, которые получали поддерживающую гормональную прогестероновую терапию<sup>33–36</sup>.

защитный эффект, действуя опосредованно через ГАМК-рецепторы, а не прогестероновые<sup>37,38</sup>.

Показательные результаты получены и при экспериментальном аутоиммунном энцефаломиелите у животных: прогестерон стимулировал миелинизацию, оказывал нейропротективное, противовоспалительное действие и улучшал неврологические исходы<sup>39</sup>. В другом исследова-

[ **Примечательны результаты экспериментальных исследований: применение прогестерона и аллопрегнанолона при аутоиммунной демиелинизации нервных волокон способствовало активному возрождению утраченной миелиновой оболочки нейронов.** ]

Интересно, что аллопрегнанолон, с одной стороны, посредством аутокринных сигнальных механизмов стимулирует митозы в преолигодендритах, а с другой — сами **клетки-предшественники синтезируют** прогестерон и аллопрегнанолон в значительных количествах, подстёгивая тем самым собственную пролиферацию<sup>21</sup>. Прогестероновую стимуляцию на следующем этапе (пролиферация и дифференцировка олигодендроцитов) подтверждает возможность блокады указанных процессов с помощью антагониста прогестероновых рецепторов — мифепристона<sup>36</sup>. При этом, в отличие от прогестерона, аллопрегнанолон сохраняет свой

при применении прогестерона и аллопрегнанолона при аутоиммунной демиелинизации нервных волокон способствовало активному возрождению утраченной миелиновой оболочки нейронов<sup>40</sup>.

Некоторые эксперты склоняются к выводу, что нарушение синтеза прогестерона и аллопрегнанолона в головном мозге может играть ключевую роль в демиелинизации нервных волокон и развитии **рассеянного склероза**<sup>41</sup>.

Кроме того, были открыты **нейрозащитные свойства** прогестерона и аллопрегнанолона при гипоксическом поражении нервной системы. В экспериментальных условиях было обнаружено **сокращение**

**зоны ишемии** головного мозга после окклюзии средней мозговой артерии при введении прогестерона лишь у тех особей, у которых была сохранена экспрессия прогестероновых рецепторов. У животных с подавленной экспрессией рецепторов прогестерона подобный эффект отсутствовал<sup>24,25</sup>. Однако аллопрегнанолон уменьшал у лабораторных животных объём ишемического поражения как при сохранённой, так и **при подавленной экспрессии** прогестероновых рецепторов<sup>24,25</sup>, что объясняется **независимым** от них механизмом действия, главным образом через ГАМК-систему.

В одном из исследований гипоксический стресс во время внутриутробного развития сопровождался значитель-

ным ростом уровня аллопрегнанолона в головном мозге животных в сравнении с первоначальным, что свидетельствует о непосредственном участии нейростероида в защите нервной ткани в условиях гипоксии. И наоборот, при введении блокатора прогестероновых рецепторов (мифепристана) уровень нейростероидов в мозге резко падал, что коррелировало с увеличением количества погибших в результате ишемического повреждения нейронов<sup>28</sup>.

В экспериментальных условиях также доказана важная роль прогестерона и аллопрегнанолона в миелинизации и ремиелинизации после травматического повреждения **периферических** нервных волокон<sup>48</sup>.

## Перспективы поддерживающей прогестеронотерапии

Очевидно, что резкое постнатальное снижение уровня аллопрегнанолона сопровождается угнетением защитных механизмов нервных клеток и повышенной уязвимостью всех структур головного мозга к различным видам повреждений. И особенно опасен такой провал при преждевременных родах на фоне **предшествующего** пренатального прогестеронодефицита.

Хотя в изучении роли прогестерона и его метаболитов — 5 $\alpha$ -дигидропрогестерона и аллопрегнанолона — в защите незрелых клеток ЦНС и созревании мозга у человека точка ещё не поставлена. Тем не менее существуют убедительные доказательства взаимосвязи нарушений нейрогенеза и задержки психомоторного, умственного развития (а иногда и серьёзных неврологических заболеваний, например церебрального паралича) с недостаточным уровнем облучаемых стероидов при ранних преждевременных родах<sup>49</sup>.

Так, снижение концентрации аллопрегнанолона в структурах головного мозга уменьшает содержание миелина в субкортикальном белом веществе<sup>17</sup>, что соответственно влечёт за собой выраженное уменьшение проводимости сигналов и скорости реакций ребёнка, причём сохраняются эти расстройства не только в период новорождённости, но и в последующие годы жизни.

Недоношенные дети особенно подвержены перинатальным поражениям ЦНС гипоксического и геморрагического генеза, поскольку у них чаще и быстрее, чем у рождённых в срок, происходит срыв процессов саморегуляции мозгового кровообращения<sup>5</sup>. Независимо от механизма первичного поражения нервной ткани (гипоксия, ишемия, травма, кровоизлияние) всегда выявляют вторичное повреждение нейронов, обусловленное преимущественно асептическим воспалением и токсичным действием метаболитов поражённых нервных клеток<sup>5,50</sup>.

В связи с этим в настоящее время исследователи скрупулёзно изучают возможности заместительной прогесте-

## Увы, не панацея

С 1990-х годов во многих экспериментах **на животных** было продемонстрировано нейропротективное действие прогестерона при мозговых поражениях, в том числе при черепно-мозговой травме. В 2012 году Кокрейновский обзор представил обобщённую информацию об успешном применении прогестерона при **травмах головного мозга**; в настоящее время информация о нейропротективных эффектах прогестерона включает около 300 источников.

К настоящему времени установлено<sup>42–45</sup>, что прогестерон и его нейрометаболиты:

- уменьшают отёк головного мозга;
- восстанавливают гематоэнцефалический барьер;
- оказывают опосредованное противовоспалительное, антиоксидантное и антиапоптотическое действие;
- поддерживают процессы когнитивного и поведенческого восстановления.

В обычных условиях в ответ на механическую травму головного мозга происходит выброс эндогенного прогестерона, что подтверждает повышенный уровень этого нейропротектора в мозге.

Прогестерон легко пересекает гематоэнцефалический барьер, быстро диффундирует по всему мозгу и оказывает многочисленные положительные эффекты, действуя на многие молекулярные и клеточные мишени. Кроме того, прогестеронотерапию хорошо переносят.

Таким образом, этот гормон был особенно многообещающим кандидатом на роль защитника мозга после ЧМТ и инсульта, однако результаты 3-й фазы клинических испытаний (Protect III и Synapse) пока не позволяют признать прогестерон эффективным нейропротектором для лечения взрослых пациентов с ЧМТ<sup>46</sup>. Авторы обзора, опубликованного в The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, дали сбалансированное представление о сильных сторонах и ограничениях в дизайне клинических испытаний, что, тем не менее, не останавливает дальнейшие научные изыскания<sup>46</sup>.

Так, в 2016 году опубликованы результаты работы об успешном сочетании прогестерона с витамином D в остром периоде черепно-мозговых травм. Такое комбинированное лечение в острой стадии травматического повреждения спинного мозга ускоряет восстановительный период и заметно улучшает исход<sup>47</sup>.

В настоящее время идёт разработка соответствующей формы и пути введения прогестерона для терапии подобных состояний.

роновой поддержки **преждевременно рождённых детей**. Тенденция к улучшению неврологических исходов отмечена при терапии эстрадиолом и биоидентичным прогестероном у младенцев с экстремально низкой массой тела<sup>51</sup>. Спустя 5 лет после лечения эксперты получили возможность оценить когнитивные и неврологические функции в группах прогестерона и плацебо. Исследователи обнаружили лучшие результаты у детей, получавших прогестероновую поддержку **сразу после рождения**<sup>51</sup>. У них был ниже риск церебрального паралича, мышечной спастичности и аметропии\*. И хотя такому методу нейропротекторной поддерживающей гормональной терапии пока официально не дан «зелёный свет» в клинической практике<sup>6,27</sup>, тем не менее научный поиск в этом направлении продолжается.



Итак, к сегодняшнему дню накоплены неопровержимые доказательства нейропротективного и нейросинтетического влияния естественного метаболита прогестерона аллопрегнанолона на мозг плода.

Сбой производства нейростероидов во время беременности, по мнению исследователей, влечёт за собой пренатальный стресс и другие повреждения, имеющие негативные последствия для потомства в ближайший и отдалённый периоды. До сих пор не поставлена окончательная точка в дискуссии о том, могут ли лекарственные препараты прогестерона предотвратить некоторые из неблагоприятных исходов и спасти потомство от последствий прогестеронового дефицита?

Ввиду наличия убедительных доказательств можно с большой долей уверенности предполагать, что эти стероидные гормоны — прогестерон и аллопрегнанолон — играют важную роль в развитии и формировании ЦНС плода, особенно во второй половине беременности. Приведённые в обзоре экспериментальные и клинические данные ставят перед специалистами новые вопросы. **SP**

\* Аметропия — аномалия рефракции глаза (гальнозоркость и близорукость).

Библиографию см. на с. 124–127.



© rrisovao / Shutterstock.com

## Гормон гормону рознь

Целесообразность прогестеронотерапии у женщин с высоким риском недонашивания и невынашивания не вызывает никаких сомнений<sup>52–55</sup>. В российские клинические рекомендации по ведению беременных групп риска включён биоидентичный прогестерон, а его нейропротективное действие, способность влиять на нейрогенез плода, согласуется с экспериментальными данными и полученными результатами клинических наблюдений.

В обновлённых отечественных клинических рекомендациях по **профилактике преждевременных родов** подчёркнута важность выделения групп высокого риска для своевременной терапии интравагинальной формой микронизированного прогестерона<sup>56</sup>.

# непридуманые случаи из практики

Редкие нетипичные разрывы матки



**Автор:** Виталий Борисович Цхай, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Красноярского ГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск)

**Копирайтинг:** Сергей Князев, Евгения Розенберг

Постепенный и пока необратимый рост частоты кесаревых сечений (сегодня этот показатель уже преодолел порог в 30%) не может обойтись без последствий. Из них самые неблагоприятные связаны с последующей беременностью, поскольку как её прерывание, так и прогрессирующее сопряжены с **риском разрыва матки по рубцу**. К счастью, такое осложнение при беременности или в родах происходит редко, однако свершившаяся травма плодовместилища влечёт за собой не только массивные кровотечения, но и опасность летального исхода. Именно поэтому все подобные события с благополучным финалом справедливо относят к категории *near miss*.

**Р**азрыв матки представляет смертельную опасность и чаще всего бывает у женщин с рубцом на матке **после оперативного вмешательства**, будь то кесарево сечение или удаление миом. И дело даже не в том, что в повседневной практике акушера-гинеколога эти операции лидируют по частоте их выполнения. Подводный камень кроется в самой методике так называемой «консервативной миомэктомии». Одна из самых распространённых практик в России — при лапароскопическом доступе большинство врачей **коагулируют ложе** миоматозного узла без последующего ушивания<sup>1</sup>, что создаёт мощные предпосылки для разрыва матки во время последующей гестации с неутешительным прогнозом не только для женщины, но и для плода.

В числе других не менее значимых **факторов риска** следует отметить тубэктомия с резекцией маточного угла, метропластику по поводу аномалий развития, перфорацию матки, распространённые формы аденомиоза, реконструктивные операции, ампутацию или конизацию шейки матки, иссечение внутриматочной перегородки.

Любые насильственные **внешние** воздействия на матку (в том числе запрещённые, но до сих пор применяемые выдавливающие пособия) с большей долей вероятности будут способствовать её разрыву. То же самое можно сказать и про ручные или инструментальные обследования в родах и в послеродовом периоде.

Согласно статистическим отчётам, показатель частоты разрыва матки колеблется в пределах от одного случая

[ В числе значимых факторов риска разрыва матки — тубэктомия с резекцией маточного угла, метропластика по поводу аномалий развития, перфорация матки, распространённые формы аденомиоза, реконструктивные операции, ампутация шейки матки. ]

на 100–500 родов в развивающихся государствах до одного разрыва на 3000–5000 родоразрешений в экономически развитых странах<sup>2</sup>. В условиях оказания высококвалифицированной медицинской помощи это осложнение редко приводит к гибели женщин, однако всегда сопровождается **массивной кровопотерей**, что, как следствие, может закончиться экстренной гистерэктомией. В развивающихся странах с низким уровнем акушерско-гинекологической помощи показатели материнской смертности<sup>3</sup> составляют 5–15%, а вот плод при этом погибает намного чаще — более чем в 80% случаев.

**[ При оказании квалифицированной медицинской помощи разрыв матки редко приводит к гибели матери, однако всегда сопровождается массивной кровопотерей, а это риск экстренной гистерэктомии. Разрывы у пациенток с рубцом на матке наступают в 2ф раз чаще, чем у женщин с неоперированной маткой. ]**

Разрывы у женщин с рубцом на матке наступают в **2ф раз чаще**, чем у пациенток с **неоперированной маткой**<sup>4</sup>, а повреждения, как правило, охватывают нижний маточный сегмент, шейку матки и своды влагалища с травматизацией ветвей маточных и влагалищных артерий. Финал такой ситуации предсказуем — профузное кровотечение в толщу широкой связки матки и в паравагинальную клетчатку с образованием обширных забрюшинных гематом.

Спонтанный **разрыв матки без рубца** — явление крайне редкое, тем не менее в литературе можно найти единичные упоминания подобных эпизодов. Например, описан случай разрыва матки у беременной в отсутствие рубца, но при наличии в анамнезе двух перенесённых кюретажей, а также эпизод спонтанного разрыва плодовместилища по задней стенке у первородящей без рубца<sup>5</sup>. Согласно данным литературы, спонтанный разрыв матки без рубца возможен как **во время беременности, так и в момент родов**, при этом процесс может сопровождаться тяжёлой асфиксией и даже гибелью плода либо завершиться для него благополучно.

## Без факторов риска

Клинический случай **спонтанного атипичного разрыва матки** у первобеременной без общепризнанных факторов риска в анамнезе, представленный ниже, как показал анализ публикаций, достаточно редок. В мировой базе данных — седьмой.

Первобеременная Ш., 31 года, поступила в родильное отделение центральной районной больницы с жалобами на интенсивные боли в животе. Болевые ощущения появились внезапно за 2 часа до поступления в стационар на фоне полного благополучия и на мо-

мент осмотра имели разлитой характер. Кроме того, у больной диагностировали клинические проявления **геморрагического шока**: общую слабость, заторможенность, выраженную бледность кожных покровов, тахикардию до 120 ударов в минуту, снижение артериального давления до 70/40 мм рт.ст., олигоурию. При первичном осмотре было отмечено напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины, повышение тонуса матки, соответствие её размеров сроку доношенной беременности. Кровянистые выделения из половых путей отсутствовали.

С диагнозом «Беременность 38 нед. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок II степени» пациентке в **экстренном порядке** под эндотрахеальным наркозом была выполнена нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение в нижнем сегменте матки. На 5-й минуте извлечён живой доношенный ребёнок массой 3390 г, с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов. После осмотра матки и оценки плаценты диагноз преждевременной отслойки

нормально расположенной плаценты **не нашёл подтверждения**.

При ревизии брюшной полости обнаружили около 1500 мл жидкой крови. При осмотре серозный покров матки бледно-розового цвета, по левому ребру и задней стенке — неполный линейный разрыв (длиной до 20 см, шириной до 2 см, глубиной до 1,5–2 см) без проникновения в полость матки. Из краёв разрыва продолжалось кровотечение. Было произведено **ушивание матки двухрядным викриловым швом** (первый ряд — отдельные мышечно-мышечные швы, второй ряд — непрерывный мышечно-серозный шов). Осуществлено дренирование брюшной полости. Интраоперационная кровопотеря составила 800 мл, общая — 2300 мл.

Послеоперационный период протекал **без осложнений**. На 1-е сутки больная, находящаяся на ИВЛ, была доставлена акушерско-реанимационной бригадой санавиации в Красноярский краевой перинатальный центр; на 3-и сутки — переведена из реанимационного в физиологическое послеродовое отделение для дальнейшего лечения и реабилитации; на 9-е сутки женщина была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

## Двууголая матка с эндометриозом

Второй клинический эпизод — **неполный разрыв** задней стенки матки по гистопатическому типу — случился у пациентки с врождённой аномалией внутренних половых органов (*uterus duplex*) и наружным генитальным эндометриозом. Оперативное лечение последнего также способствовало возникновению указанного осложнения (иссечение и коагуляция очагов эндометриоза на матке и в области крестцово-маточных связок).

Пациентка Б., 32 лет, **первобеременная**, находилась на стационарном лечении в перинатальном центре по поводу угрожающих преждевременных родов при сроке 28–29 нед гестации. Вечером женщина предъявила жалобы дежурному врачу на вздутие и умеренные боли в нижних отделах живота, повышение тонуса матки, однократный

жидкий стул (всё вышеперечисленное больная связывала с погрешностями в диете).

Результаты проведённого УЗИ позволили **исключить** отслойку нормально расположенной плаценты, а данные записи КТГ плода показали нормальные значения. В течение 12-часового периода наблюдения за беременной гемодинамика оставалась стабильной, боли носили умеренный характер. Затем болезненность внизу живота усилилась. При осмотре и пальпации был выявлен положительный синдром раздражения диафрагмального нерва (*phrenicus simptom*) слева, в связи с чем принято коллегиальное решение о проведении **экстренного оперативного вмешательства**.

В ходе лапаротомии из брюшной полости удалили около 200 мл жидкой крови и 100 мл кровяных сгустков. Путём **кесарева сечения в нижнем сегменте** на 3-й минуте был извлечён живой недоношенный ребёнок массой 1290 г и длиной тела 39 см, с оценкой по шкале Апгар 6–7 баллов. В нижней трети задней поверхности **первой матки** (послеродовой) по центру, на уровне крестцово-маточных связок обнаружен неполный разрыв (длиной до 20 мм, шириной до 15 мм, глубиной до 10 мм), не проникающий в полость матки. Края разрыва умеренно кровоточили (рис. 1). При осмотре тела первой матки обращали на себя внимание выраженные патологические изменения, характерные для распространённого наружного эндометриоза (левые придатки подпаяны к ребру матки, на 5 мм ниже края разрыва петли тонкого кишечника интимно прикреплены к стенке матки).

**Вторая матка** располагалась слева, имела размеры 80×50×60 мм, дефекты в ней отсутствовали. После извлечения плода и последа разрез на матке в нижнем сегменте был ушит двухрядным викриловым швом, а края разрыва были иссечены в пределах здоровых тканей и ушиты двумя рядами П-образных викриловых швов. Общая интраоперационная кровопотеря составила 1500 мл.

Через сутки после операции пациентку в удовлетворительном состоянии перевели из реанимационного отделения в послеродовое, а на 6-е сутки вместе с ребёнком — в детское отделение на второй этап выхаживания.

## Не только в родах

**Третью клиническую ситуацию разрыва матки при вращении плаценты** наблюдали на сроке гестации 26–27 нед у беременной, ранее перенёвшей две операции кесарева сечения.

Пациентка М., 36 лет, при сроке беременности 26–27 нед была доставлена бригадой скорой помощи в приёмный покой перинатального центра с жалобами на боли внизу живота,

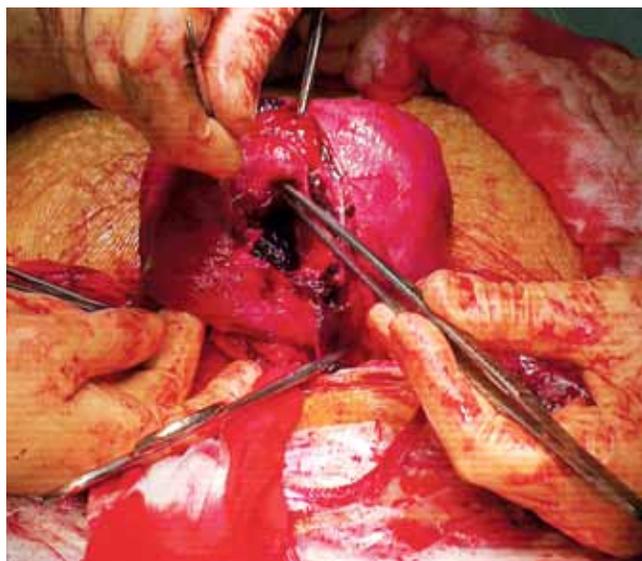


Рис. 1. Неполный разрыв задней поверхности матки на уровне крестцово-маточных связок.

повышенный тонус матки в течение последних 2 ч, вздутие живота, тошноту.

Из **анамнеза** стало известно, что настоящая беременность — пятая по счёту. В 2006 году женщина перенесла малое корпоральное кесарево сечение по медицинским показаниям, в 2012 году — **кесарево сечение с разрезом в нижнем сегменте матки** при доношенной беременности. Последующие две беременности замерли на ранних сроках, пациентке проводили инструментальное выскабливание. УЗ-скрининг в 20 нед настоящей гестации не выявил признаков предлежания или вращающейся плаценты.

Состояние женщины при поступлении расценили как **удовлетворительное**: кожные покровы имели обычную окраску, пульс составлял 76 ударов в минуту (ритмичный), артериальное давление — 110/65 мм рт.ст., размеры живота соответствовали сроку беременности. При пальпации отмечали гипертонус матки и локальную болезненность в области рубца. При аускультации сердечных тонов плода патологических изменений не выявили. При мануальном акушерском исследовании структурные изменения шейки матки и кровянистые выделения не были обнаружены. В ходе выполнения УЗИ визуализирована свободная жидкость в брюшной полости. В связи с подозрением на **разрыв матки по рубцу** клиницисты приняли решение об экстренном оперативном вмешательстве.

[ Описанные случаи уникальны, поскольку не укладываются в рамки типичных разрывов матки с хорошо известными факторами риска. Следует отметить, что разрыв задней стенки матки во время беременности и родов у женщин с ранее не оперированной маткой — ситуация непредсказуемая, а причина осложнения неясна вплоть до сегодняшнего дня. ]



Рис. 2. «Грыжа» в нижнем сегменте матки справа.



Рис. 3. Полный разрыв матки по рубцу.

В ходе операции кесарева сечения в области нижнего сегмента плодoвместилища, преимущественно справа, была обнаружена **большая «маточная грыжа»** (рис. 2). После вскрытия матки выше области разрыва извлекли живой недоношенный плод массой 990 г и длиной 38 см, с оценкой по шкале Апгар 4 балла. Новорождённый был подключён к аппарату ИВЛ. Плацента локализовалась на передней маточной стенке с прорастанием её в заднюю стенку мочевого пузыря. При осмотре был обнаружен **полный разрыв плодoвместилища по рубцу** длиной до 3–4 см, прикрытый

образовавшимся сгустком крови (объёмом около 250 мл) (рис. 3).

Объём операции расширили до **гистерэктомии** без попытки отделения плаценты. Выполнили перевязку внутренних подвздошных артерий. В ходе операции возникли технические трудности, связанные со спаянностью задней стенки мочевого пузыря с шейкой матки вследствие прорастания плаценты. Урологи произвели резекцию мочевого пузыря в пределах здоровой ткани, ушивание дефекта, катетеризацию мочеоточников, цистостомию, дренирование предпузырной клетчатки. Общая интраоперационная кровопотеря составила 3000 мл.

Ранний послеоперационный период протекал **без осложнений**. На 3-и сутки больную перевели из реанимационного в послеродовое отделение, на 7-е сутки — в урологическое отделение многопрофильной больницы для дальнейшего лечения.

## Подводя итоги

Описанные случаи уникальны прежде всего тем, что они **не укладываются** в рамки типичных разрывов матки с хорошо известными факторами риска. К настоящему времени в специальной литературе описаны только шесть случаев атипичного разрыва матки (по задней стенке) у беременных при отсутствии послеоперационного рубца, причём все прецеденты были представлены зарубежными специалистами. Следует отметить, что разрыв задней стенки матки во время беременности и родов у женщин с ранее не оперированной маткой — **ситуация непредсказуемая**, а причина такого осложнения неясна вплоть до сегодняшнего дня.

Во втором случае неполный разрыв по задней стенке матки в конце II триместра беременности был **обусловлен сочетанием двух факторов** — аномалией развития внутренних половых органов и последствием оперативного лечения эндометриоза (дважды произведено лапароскопическое иссечение и коагуляция очагов).

Третий случай переходит из разряда казуистических в градацию редких, но встречающихся осложнений. Приходится признать, что сегодня **никого не уди-**

**вишь** наличием у беременной нескольких рубцов на матке после кесаревых сечений или фактом врастания плаценты в такой рубец. Даже с врастанием плаценты в стенку матки и мочевого пузыря в последние годы неоднократно приходилось иметь дело почти всем сотрудникам перинатальных центров, в том числе и нашего. В то же время разрыв матки **во II триместре** у беременной с врастанием плаценты в рубец — крайне редкое и грозное осложнение. Именно поэтому описанный случай можно расценить как редкий и нетипичный.

Чаще всего разрывы матки происходят в III триместре беременности или в родах. В научной литературе описаны единичные примеры органосберегающих оперативных вмешательств у беременных со свершившимся разрывом матки и прорастанием плаценты. Ли Минг Вонг с соавт. (L.M. Wang et al.) описали подобную операцию у 38-летней женщины **со спонтанным разрывом** плодoвместилища и врастанием детского места в заднюю стенку матки при сроке беременности 31 нед<sup>6</sup>. После оперативных родов пациентке потребовалась двусторонняя окклюзия маточных артерий и клиновидная резекция стенки матки, включая область разрыва. Общая кровопотеря составила 3700 мл. В подавляющем же большинстве ситуаций при разрыве плодoвместилища в связи с врастанием плаценты в область послеоперационного рубца хирургическая тактика сводится к выполнению кесарева сечения и последующей гистерэктомии.



В заключение хочется ещё раз обратить внимание врачей на важность высокой **настороженности к возможному разрыву матки** не только в родах, но и во время беременности независимо от наличия рубца или других факторов риска. Благополучный исход для жизни и здоровья матери и плода возможен только при своевременной диагностике этого грозного осложнения, выполнении операции в оптимальные сроки, слаженной работе операционной бригады и всех медицинских служб. **SP**

Библиографию см. на с. 124–127.