

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#2 [31] 04 / 2016 / StatusPraesens

тема
№
номера

Работа над ошибками

[Не ошибается тот,
кто ничего не делает
(Теодор Рузвельт, 1900)]

цитата

Медицинский представитель — друг или враг? • Рак и человек. Борьба титанов • Регрессия CIN I за 24 дня: уже реальность • Плод не стерилен: смена парадигмы как повод обратить внимание на микробиоценоз матери • Исследование National survey of family growth: около 35% женщин беременеют в течение 18 мес после предыдущих родов. Им не рассказали о послеродовой контрацепции! • Фунгицидная активность пробиотических штаммов • Проект клинических рекомендаций МАРС «Прегравидарная подготовка», избранное • Полный разрыв матки: мать и ребёнок живы. Обсуждаем клинический случай

ISSN 2074-2347
9 772074 234773
16002



Дорогие коллеги!

В нашей профессии не бывает мелочей и незначимых событий. В медицину, а тем более в акушерско-гинекологическую специальность **не приходят случайно**. К сожалению, никто не застрахован от ошибок, и мне кажется, что именно к работе врача, как ни к какой другой, подходит мудрое изречение Марка Туллия Цицерона «*cujusvis hominis est errare; nullius, sine insipientis, in irrore perseverare*» («Каждому человеку свойственно ошибаться, но только глупцу свойственно упорствовать в ошибке»). Я уверена, что многих ошибочных решений и действий можно избежать, тщательно анализируя опыт коллег, поднимая собственный профессиональный уровень. Было бы желание!

Именно желание **обеспечить высокое качество** медицинской помощи побуждает врача постоянно учиться, думать, самосовершенствоваться. Стремление **вывести страну из демографического кризиса** заставляет руководителей и организаторов здравоохранения перенастраивать существующую систему на оказание современной высокотехнологичной помощи. В масштабах Краснодарского края тоже можно наблюдать позитивные сдвиги, продиктованные стремлением к улучшению демографии и здоровья населения. Так, в регионе с 2013 года **впервые за 20 лет** зафиксирован естественный прирост населения, что стало поводом для гордости, ведь Краснодарский край входит в десятку лучших регионов России по уровню рождаемости, а показатель младенческой смертности — один из самых низких в стране. По сравнению с 2016 годом в регионе практически в 2 раза уменьшилось количество аборт, при этом число родившихся детей увеличилось почти на 5%. Большой пласт работы краевой акушерско-гинекологической службы составляет организация перинатальных центров, системы профилактических осмотров, а также внедрение программ повышения квалификации врачей, в том числе и в онлайн-режиме. Налажена работа симуляционных центров на базе Кубанского государственного медицинского университета.

Всегда приятно радоваться успехам — своим, коллег, учеников, отрасли, края, страны. Маршрут к цели часто не прост, однако важно на этом пути не потерять веру в свои силы и знания.

Зав. кафедрой акушерства,
гинекологии и перинатологии
Кубанского государственного
медицинского университета,
докт. мед. наук, проф. **И.И. Куценко**

statusPra

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

15 НОВОСТИ

17 МЕДПОЛИТ

Это нельзя игнорировать

Интервью с акад. РАН, директором Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии (МОНИИАГ), докт. мед. наук, проф. Владиславом Ивановичем Краснопольским

Маклецова С.А., Симоновская Х.Ю.

24

Медпрег — друг или враг?

Почему врачи и медпредставители могут отмечать общий праздник

Симоновская Х.Ю., Маркевич Н.Ю.

32

Кроме нас — некому

Молодые женщины как стратегический «репродуктивный запас»: помочь сохранить фертильность

Дикке Г.Б.

41

VIA SCIENTIARUM

Минздрав настоятельно рекомендует

Обзор нового клинического протокола диагностики и лечения миомы матки

Андреева Е.Н., Рябинкина Т.С., Рыжова Т.Е.

52

«Белые одежды» репродуктивных осложнений

Лечение кандидозного вульвовагинита у беременных: трудности и перспективы

Селихова М.С., Бриль Ю.А., Вдовин С.В., Медведев В.А.

59

ПОСТАНТИБИОТИКОВАЯ
ЭРА

Новые возможности старинных подходов

В копилку доказательных данных о потенциале фитоуросептиков в терапии беременных с инфекциями мочевыводящих путей

Рагзинский В.Е., Ордянц И.М.

66

Революция XXI века: от антибиотиков к пробиотикам

Расширение терапевтических возможностей пероральных пробиотиков

Лебеденко Е.Ю., Ипастова И.Д., Добрецова Т.А.

73

ДИСКУССИОННЫЙ
КЛУБ

CIN: регрессия за 3,5 нед?

Возможности регрессии CIN на фоне неспецифической противомикробной терапии местным комбинированным средством

Леваков С.А., Боровкова Е.И., Матюхина Е.Г.

80

Словом делу... поможешь!

Консультирование по вопросам контрацепции после родов: о сроках, рекомендациях и доказательной базе

Фаткуллин И.Ф., Ипастова И.Д., Мунавирова А.А.

89

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

КОК и тромбозы: мифы и реальность

Метаболические эффекты комбинированной гормональной контрацепции: различия в степени риска венозных тромботических осложнений как клинический ориентир

Кузнецова И.В.



У пациенток, принимающих КОК, отмечено двукратное повышение риска ишемического инсульта, однако риск геморрагического — не меняется. Инфаркт миокарда — также редкое событие у молодых, и у здоровых некурящих женщин применение КОК не повышает его риск вплоть до менопаузы. Частота возникновения тромбоза глубоких вен и ТЭЛА среди населения в целом низкая (1 на 10 тыс.), но при приёме КОК она возрастает в 3 раза — до 3 на 10 тыс. Однако эта цифра не идёт ни в какое сравнение с риском ВТЭ во время беременности (возрастает в 5–10 раз) и ещё более — в течение 6 нед после родов (в 16–84 раза).

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

97 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

ВПР выявлен: врачебный алгоритм

Подготовка к беременности женщин с ВПР плода в анамнезе
Сандакова Е.А., Бриль Ю.А.

108

От каменных топоров к аспирационной биопсии

Современные рекомендации по диагностике рака эндометрия
Табакман Ю.Ю., Солопова А.Г., Биштави А.Х.

117 NEXT PROSVET

Поздний репродуктивный возраст: время действовать!

Зачем нужна контрацепция женщинам 35–50 лет
Кузнецова И.В., Розенберг Е.В.

126

Эндометрий в огне

Острое и хроническое воспаление эндометрия: от новых взглядов
к новым стратегиям

Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Добрецова Т.А.



Изучение иммунных и молекулярных механизмов хронизации воспаления позволило в начале XXI века открыть новых фигурантов нормальной и патологической воспалительной реакции, которые, как оказалось, не только поддерживают заболевание, но и способствуют закреплению воспалительного ответа. Тогда, в 2002 году, было доказано, что любой воспалительной реакции предшествует сборка специфических комплексов — инфламмасом.

135 CASUISTICA

Очевидное невероятное

Спонтанный разрыв матки в родах: клинический случай
Буштырева И.О., Чернавский В.В., Буштырев А.В., Хопряхкова Е.В.

139 ПРОТОКОЛ

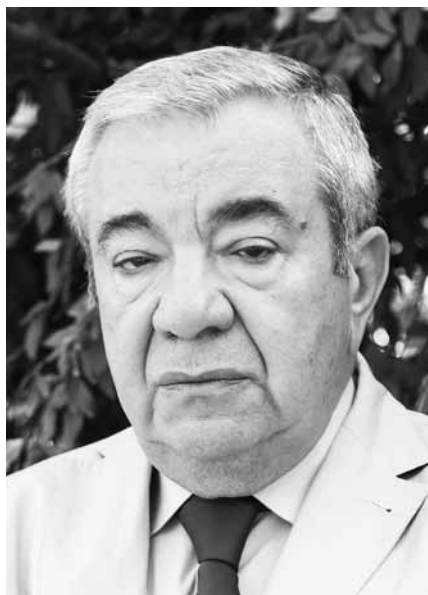
Преграavidарная подготовка: проект рекомендаций MAPC

Избранные фрагменты Проекта клинических рекомендаций

146 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

«ЭТО БОЛЬШЕ, ЧЕМ ПРЕСТУПЛЕНИЕ, ЭТО — ОШИБКА!»

Проф. В.Е. Радзинский о врачебных ошибках,
системных просчётах и поиске выхода



Главный редактор
проф. Виктор Радзинский

Французские историки до сих пор время от времени спорят, кому принадлежит авторство фразы «C'est plus qu'un crime, c'est une faute», которую я решил вынести в заголовок. Да в целом не так и важно, кто из министров Наполеона сказал эти слова, — гораздо важнее суть дела, которую лучше всего объясняет определение: «ошибка — неправильность в мыслях, действиях».

Если вспомнить, что **вся жизнь** состоит из мыслей и действий, то становится очевидным, что любой ошибочный шаг может повлиять на судьбу отдельного человека, а иногда и нации или даже всего человечества. Однако наша задача гораздо скромнее: не вдаваясь в анализ сложных философских проблем, касающихся общих закономерностей и последствий неправильных действий, мы говорим об ошибках врачебных. А это — отдельная **большая тема**. Поскольку врачебные ошибки имеют множество различных аспектов — нравственных и юридических, — любое неверное действие, совершённое врачом непреднамеренно, расценивают как ошибку. А вот **насколько она была предотвратима**, каждый раз приходится судить по конкретным обстоятельствам.

Предлагаемый читателю журнал посвящён во многом тому, чтобы врач мог избежать просчётов, возникающих из-за действий, которые ещё в недавнем прошлом и ошибками-то не считали. Однако сегодня накопленные знания заставляют пересмотреть былые позиции и чётко классифицировать врачебные ошибки.

Попытка систематизировать привычные неверные действия врача ярче высвечивает глубину проблемы ошибок, характерных для здравоохранения **в целом** и для службы родовспоможения как на уровне всей страны, так и на уровне отдельных регионов. Конечно, было бы наивно рассчитывать осветить и классифицировать все возможные ошибки в одном журнале. Однако и редакция StatusPraesens, и эксперты Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) видят перед собой несколько более широкую задачу: предоставить читателям журнала самим сделать выводы о наиболее частых и значимых ошибках в нашей деятельности, способах и методах их преодоления.

[Нет иного способа профилактики вспышек инфекционных заболеваний новорождённых, кроме ранней выписки. БЦЖ — не причина для поздней выписки.]



Одним из наиболее ярких и, увы, довольно распространённых примеров ошибочного действия системного уровня можно считать существование **современной ОМС**. Пожалуй, сегодня огрехи этой системы как в профессиональном сообществе, так и среди пациентов обсуждают больше всего, однако путей выхода из сложившейся ситуации пока не видно. Мы подошли к тому времени, когда система ОМС в том виде, в котором она существует ныне, не устраивает никого, в том числе и руководство страны, которое неоднократно говорило о необходимости создания чего-то более рационального, направленного на удовлетворение нужд конкретного пациента.

Всё чаще раздаются призывы вернуться к системе бюджетного одноканального финансирования, как было раньше, поскольку ведь и современное медицинское страхование тоже, по сути, дело государственное, бюджетное (деньги переходят из одного «кошелька» в другой, не покидая пределов государственного бюджета). Это очень сложный вопрос, вряд ли его можно будет решить в ближайшее время. Однако конкретные примеры, когда установки и медико-экономиче-

[Среди чётких и аргументированных постулатов в Приказе №572 есть перечень препаратов, которые «следует рекомендовать», но фактически применять ни в коем случае нельзя.]

ские стандарты ОМС не соответствуют мировым представлениям, рекомендациям отечественных специалистов, встречаются всё чаще. Это касается и пресловутых койко-дней, и совершенно не обоснованных дорогостоящих анализов, которые «приписаны» к каждому диагнозу, что уже само по себе абсурдно, и многого другого. Ещё раз повторю: **слишком глобальная проблема**, чтобы пытаться даже представить себе, как её можно решить в ближайшее время, однако внимания она, безусловно, заслуживает.



А вот чисто акушерская проблема, которая уже довольно давно не сходит с позиций самой обсуждаемой в профессиональном сообществе, оставаясь при этом нерешённой, — БЦЖ-вакцинация. И практикующие врачи, и организаторы здравоохранения, и руководители службы родовспоможения едины в понимании того, что нет иного способа профилактики групповых вспышек инфекционных заболеваний новорождённых, кроме **ранней выписки**. И не должна БЦЖ фигурировать в списке причин выписки женщины и новорождённого на 3–4-е сутки после родов. Спорить можно о часах — 17 ч в Британии, сутки-двое в Германии, — но задерживать сознательно выписку необходимостью БЦЖ неправомерно. Пора наконец решить этот вопрос: либо изменить вакцина-

цию и саму вакцину, как в Японии, и вводить её на первые сутки с учётом тотального распространения туберкулёза и в мире, и в стране, либо же отсрочить её. Есть положительный пример — научные исследования, полученные Екатеринбургским институтом охраны материнства и младенчества, где срок вакцинации отодвинут до достижения ребёнком 3-месячного возраста. По крайней мере до тех пор, пока в стране существует педиатрическая служба, вопрос БЦЖ-вакцинации должен быть в её компетенции, а не среди задач, решаемых в родильном доме.



Ещё абсурднее выглядит ситуация со скрининговым поиском врождённых заболеваний, например фенилкетонурии. Тут просто родильный дом используется как казарма, где на 4-е сутки должны... Что должны? Проколоть стерильным скарификатором пяточку и взять кровь на фильтровальную бумагу. Эта задача абсолютно по силам опытной патронажной сестре, и манипуляция может быть выполнена на дому. Может быть выполнена, если бы параллельно не возникал другой вопрос — есть ли в современной педиатрической службе **патронажные сёстры**, достаточно ли их для выполнения этой манипуляции в числе прочих обязанностей? И до тех пор, пока родильный дом будет использоваться как место пребывания для того, чтобы дожидаться 4-х суток, мы не гарантированы от того, что будет накапливаться «горючий материал» для **вспышек** — супербактерии, госпитальные штаммы, которые непременно образом скажутся, как только возрастет число родов; нас пока спасает их малое число.



Ещё одно чётко прослеживаемое обстоятельство, также претендующее на позицию системной ошибки, — это нестыковка различных **нормативных актов**. Так, по СанПиНу 2010 года БЦЖ следует делать в палате совместного пребывания матери и ребёнка, а по приказу Минздрава — в комнате БЦЖ. Это значит, что главный врач, его заместитель, заведующий отделением будут виноваты **всёгда**: одна комиссия будет проверять по одному приказу, другая — по другому. Почему до сих пор это не ликвидировано, хотя об этом известно всем, даже представить невозможно.

Продолжая тему практического применения нормативных документов в акушерстве и гинекологии, хочу отметить революционный, иначе не скажешь, и во многих местах весьма удачный Приказ №572. Среди вполне чётких и аргументированных постулатов в нём есть перечень препаратов, которые «следует рекомендовать», но фактически применять ни в коем случае нельзя. Именно поэтому **необходима актуализация** данного приказа, нацеленная в том числе и на ликвидацию большой системной ошибки.

Создание этого приказа относительно лечения беременных с экстрагенитальными заболеваниями никак не было увязано с уже существующими порядками оказания помощи по **другим** специальностям, в частности по кардиологии, кардиохирургии, эндокринологии. И получается, что выполнение рекомендаций в части экстрагенитальных заболеваний о госпитализации больных беременных в **профильное отде-**

ление остаётся нереализуемым с точки зрения существующих приказов и порядков оказания медицинской помощи. Это ряд ошибок, которые относятся к федеральным ведомствам и должны быть решены на федеральном уровне.



Есть примеры ошибочных действий на региональном уровне. И эти ошибки зачастую происходят не от непонимания, невежества, незнания, а от традиций, от привычек. Мировая медицинская общественность уже не оспаривает тот факт, что **методы достижения стерильности** в родовспомогательных учреждениях вредны. В поддержку этих позиций в отечественных СанПиНах отменены бритьё лобковых и подмышечных впадин, клизма в приёмном покое, а Приказ №572 исключает такие мани-

пуляции, как катетеризация мочевого пузыря и применение пузыря со льдом на низ живота. Тем не менее во множестве родильных домов такая практика сохраняется. Зачем? Внятного ответа никто не даёт. Привыкли класть лёд на живот, хотя этот метод никак не влияет на сократительность матки; привыкли катетеризировать мочевой пузырь, подвергая здоровую женщину опасности заражения госпитальными супер-бактериями. Всё это относится к системным ошибкам **«привыкли — менять не хотим»**.



Отдельных слов заслуживают ошибки в грудном вскармливании и трудности в выполнении программы «10 шагов к успешному грудному вскармливанию». Яркий пример: район, родоразреша-

ли тяжёлую пациентку, разговорились с главным врачом роддома — классный акушер, опытный врач с 30-летним стажем. Спрашиваю: «Как организовано совместное пребывание?» — «Хорошо, — говорит, — но, правду сказать, на ночь детишек забираем». На недоумённый вопрос: «Зачем?» — последовал ошеломительный ответ: «Матерей жалко. Пусть отдохнут». Вывод удручает: при всей своей опытности этот действительно прекрасный специалист не понимает сути **совместного пребывания**, не осознаёт необходимости создания общего биополя между матерью и ребёнком, которое будет защищать этого новорождённого от всех — начиная с роддомовских и кончая всеми другими — инфекций. Вот такие привычки до сих пор сохраняются в российских роддомах. И это малая толика системных ошибок, хранимых на региональном уровне.



© Roberto David / Shutterstock.com

[Медицинская общественность подтверждает, что методы достижения стерильности в роддомах вредны. В СанПиНах отменено бритьё лобковых и подмышечных впадин, клизма в приёмном покое, а Приказ №572 исключает катетеризацию мочевого пузыря и пузырь со льдом на низ живота.]



Говоря о наиболее типичных ошибках в **наблюдении беременных**, нельзя не упомянуть об избыточных анализах, неисполнении 572-го приказа в части определения перинатального риска. Напоминаю, что все методы электронного контроля дают суммарно не более 56% точности оценки состояния плода в утробе матери. УЗИ, доплер, определение биофизического профиля плода и КТГ, даже выполненные правильно, а именно с 26 нед беременности при обязательном сочетании двух последовательных исследований и только в группе высокого риска, дают всего 56% диагностической эффективности. Стоит ли упоминать, что в целом по стране далеко не во всех учреждениях эти исследования выполняют с соблюдением всех правил?

[Настоящую плацентарную недостаточность лечить нечем. Однако при этом практически бессмысленно пациентке льют «Актовегин», «Трентал», «Эссенциале» вместо своевременного родоразрешения. А придуманная плацентарная недостаточность завершается рождением детей массой 3,5 кг и более.]

Именно поэтому каждый регион может выбрать из ряда предложенных модификаций приемлемую для своих условий **шкалу перинатального риска**. Важно, чтобы шкала работала, поскольку именно она позволяет выделить из общего массива беременных тех, у кого вероятность неблагоприятного исхода чрезвычайно высока. Это женщины, которым, несмотря на высокие показатели перинатального риска, **не выполняют показанное** кесарево сечение, что в конечном счёте обуславливает до 15% перинатальной смертности. Или противоположная ситуация, когда кесарево сечение выполняют там, где **в нём нет нужды**, а это примерно 25% всех вмешательств.

Стратификация **перинатального риска** позволяет активно внедрять систему программированных родов и использовать отделения патологии беременных (коль скоро в нашей системе родовспоможения они есть) вовсе не для того,

чтобы лечить в них беременных с якобы плацентарной недостаточностью и недоказанными угрожающими преждевременными родами. Настоящую плацентарную недостаточность лечить нечем. Однако при этом практически бессмысленно пациентке льют «Актовегин», «Трентал», «Эссенциале» вместо своевременного родоразрешения. А придуманная плацентарная недостаточность завершается рождением детей массой 3,5 кг и более.

Практически такое же отношение нередко можно встретить и к угрожающим преждевременным родам: возникли малейшие жалобы — в стационар, причём без верификации диагноза цервикометрией и на амбулаторном, и на госпитальном этапе.

Госпитализация необходима только при истмико-цервикальной недостаточности и развившейся сократительной

деятельности матки, то есть в родах, при преэклампсии и кровотечениях. Реализация подобной программы в практическом здравоохранении **требует титанической работы** главных специалистов округов, именно им виднее всего, где, на каком уровне происходят региональные системные ошибки.



В повседневной практике акушеров-гинекологов есть ещё одна группа ошибок, о которых нельзя молчать. Это **сознательное назначение** исследований или медицинских процедур, которые не имеют никакой доказательной базы. До сих пор не изжила себя **лекарственная агрессия**: назначение при угрозе прерывания беременности любых препаратов, поскольку в мире не существует ни одного средства, доказавшего свою эффективность в пролонгировании беременности. Единственное исключе-

ние — прогестероны, о которых всё равно можно вести интересные дискуссии, суммирующие все, существующие к настоящему моменту, мировые и отечественные клинические разработки.

А назначение спазмолитиков не просто ошибочно, но и приводит к увеличению послеродовых кровотечений. Такое же осложнение возникает при ненужном токолизе, например, в ситуации, когда у беременной заболел живот, а ей льют «Гинипрал». Применение дезагрегантов без показаний сопровождается почти двукратным учащением послеродовых кровотечений.

Кстати, мировая медицинская общность ещё 5 лет назад утвердилась во мнении, что применение дезагрегантов и низкомолекулярных гепаринов сродни «ушедшему паровозу». Единственным исключением следует считать применение низкомолекулярных гепаринов только в случае диагностированных тромбофилий.

Не могут врачи не знать и о том, что ни для профилактики, ни для лечения резус-конфликта не показан плазмаферез. В ситуации же, когда беременной назначают без показаний подобные терапевтические схемы, да ещё и каждые 2 нед она вынуждена за свой счёт проходить весьма затратное исследование гемостаза, следует задуматься: а нет ли тут некомпетентности врача или небескорыстного сговора с лабораторией?

Конечно, все мы должны зарабатывать деньги для своих учреждений, так построен современный процесс здравоохранения, однако вредить беременной назначением непоказанных ей лекарств и процедур — на это не имеет ни морального, ни юридического права ни один врач. И этот постулат уже не подлежит обсуждению.



Настоящим выпуском SP мы хотим начать **большой разговор об ошибках**, которые до настоящего времени мешают существующим современным процессам оказания помощи беременным, роженицам и родильницам, гинекологическим больным, и хотим услышать мнение читателей как о наличии ошибок, так и о возможности их искоренения. **SP**

ЭТО НЕЛЬЗЯ ИГНОРИРОВАТЬ

Интервью с акад. РАН, директором Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии (МОНИИАГ), докт. мед. наук, проф. Владиславом Ивановичем Краснопольским

Беседовали: канд. мед. наук Светлана Александровна **Маклецова**, Хильда Юрьевна **Симоновская** (StatusPraesens)

Одним февральским утром выпал... шанс. Без протокола, по душам обсудить узловые профессиональные вопросы с одним из легендарных акушеров-гинекологов нашего времени. Уже более 55 лет он посвятил развитию своей специальности, более 30 лет стоит у руля огромного акушерско-гинекологического стационара и исследовательского центра — МОНИИАГ, находится в авангарде научной и лечебно-профилактической работы в области сохранения женского здоровья.

Сплочённый коллектив профессионалов, не боящийся браться за ведение самых сложных пациенток и за самые запутанные случаи, — вот лучшая визитная карточка руководителя. Лауреат премии Правительства РФ, заслуженный врач Российской Федерации, акад. РАН, проф. **Владислав Иванович Краснопольский** не стал дожидаться навязывающих вопросов: речь сразу пошла об одной из наиболее драматичных областей работы — о предупреждении рака шейки матки.

Так получилось, что именно тема профилактики рака шейки матки красной нитью прошла сквозь всю карьеру акад. В.И. Краснопольского, который поделился своим опытом с читателями нашего журнала.

Владислав Краснопольский (В.К.): Важность проблемы рака шейки матки никому не надо объяснять — социальная значимость этого заболевания колоссальна. Наша задача — определить, что же можно сделать в сложившейся ситуации. Скажу больше: на сегодняшний день существуют четыре **глобальные проблемы**, пока лишь ожидающие своего решения. Это увеличение продолжительности жизни, борьба с раком, «выращивание» внутренних органов для пересадки и ликвидация внутриутробных пороков развития. Именно проблема высокой онкологической заболеваемости занимает одно из первых мест, и лично я считаю её не только медицинской.

Я хотел бы коснуться этой темы не просто с точки зрения диагностики, подходов к лечению и реабилитации. Предметом обсуждения должны быть и вопросы организационного характера. Начнём с того, что все научно-исследовательские институты, акушерско-гинекологические кафедры вузов и стационары в нашей стране не выходят за пределы своего профиля. При этом злокачественные образования женской репродуктивной системы остаются прерогативой **онкологов**, а это в корне неверный подход. И новообразования репродуктивных органов, и заболевания молочной железы, конечно же, задачи гинекологов. Вопросы онкогинекологии тесно переплетаются с другими специальностями, и организационные недоработки ярко видны на примере здравоохранения большого региона — Московской области. Здесь, как в капле воды, отражаются медицинские проблемы всей страны.

SP Процесс подготовки врачей, как гинекологов, так и онкологов, никогда не подразумевал междисциплинарности подхода к обучению. Возможно, проблема кроется в этом?

В.К.: Дело в том, что разрозненное решение акушерских и онкогинекологических проблем принципиально невозможно как в организационном плане, так и собственно в процессе оказания помощи. На выходе мы только теряем. Об этом свидетельствуют многочисленные случаи из моей практики.

Вакцина для **профилактики рака шейки матки** была зарегистрирована в конце 2006 года. Волею судьбы за год до этого через наш центр прошли пять беременных на сроках от 35 до 37 нед с этим диагнозом. Мы их родоразрешили, но от гибели спасти не смогли, дети остались без матерей. Поверьте, это стало огромной психологической травмой для всех, а для меня особенно.



Владимир Иванович Краснополюский — с 1985 года и по настоящее время директор МОНИАГ. Академик РАН, лауреат премии Правительства Российской Федерации (2002, за разработку и внедрение в практику эндоскопических методов в гинекологии), заслуженный врач России (1995). Награжден орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени (1998), орденом Почета (2014), почетный гражданин Московской области (2003).

Через некоторое время в Московскую область прибыл с визитом Дмитрий Анатольевич Медведев. Тогда активно прорабатывали идею строительства перинатальных центров, и он приехал знакомиться с нашим. После обсуждения деятельности учреждения и нюансов, касающихся оптимизации его работы, я поднял вопрос о проблеме рака шейки матки. Ведь это очень агрессивный вид рака, и беременность у женщин с таким диагнозом протекает крайне тяжело: количество вирусной ДНК в 10 раз больше, чем вне гестации, а частота передачи вируса от матери к плоду достигает 87%.

Когда я рассказал, что наконец появилась возможность «поставить заслон» эпидемии ПВИ (папилломавирусная

инфекция), Дмитрий Анатольевич очень заинтересовался и предложил запустить пилотный проект. Благодаря поддержке губернатора инициатива получила финансирование; это стало первым шагом на пути к долгожданной профилактической вакцинации.

SP А что было сделано? Закупили необходимые препараты на регион?

В.К.: Совершенно верно. Закупили препарат «Гардасил» для обеспечения нужд Московской области, и в начале 2008 года регион вступил в программу профилактики рака шейки матки, продолжающуюся вплоть до сего дня. За это время приобретено около 60 тыс. доз препарата, вакцинировано почти 20 тыс. девочек 12–13 лет.

Идею профилактической вакцинации удалось продвинуть, однако работа шла с колоссальным «скрипом», несмотря на то что в десятках стран подобные программы уже были реализованы. Наряду с этим активно прорабатывали возможность вакцинации от папилломавируса и мальчиков, что, как выяснилось, ничуть не менее важно.

Сейчас этот подход получил широкое распространение, но 8 лет назад мы были в самом начале пути и столкнулись с тотальным непониманием и сопротивлением со стороны общества. Я лично трижды выступал по областному телевидению в прямом эфире, пришлось подготовить специалистов-консультантов, открыть «горячую линию», работать со СМИ, школьными педагогами, девочками и родителями. У нас в МОНИАГе для врачей организовали школу по борьбе с ПВИ. Но, несмотря на всю разъяснительную работу, население было настроено крайне скептически.

SP Даже бесплатность вакцинации не стала аргументом?

В.К.: Против нашей работы была развернута целая протестная кампания,

направленная на запрет вакцинации как таковой. Уму непостижимо, но эти идеи поддерживал даже главный эпидемиолог Роспотребнадзора. Сейчас-то мы с Геннадием Григорьевичем Онищенко пришли к взаимопониманию, но в то время доказывать что-либо, «размахивая флагом», было бессмысленно.

Инициаторы запрета рассказывали с экранов телевизоров о вреде вакцинации. Представляете, какое воздействие это оказывало на умы людей? Врачей стали клеймить в лучших традициях сталинских времён: нас обвиняли в стерилизации подростков! После этого приходилось выступать в прямом эфире самому, разъяснять, доказывать. Дебаты продолжались долго.

SP Какие доводы вы приводили «за»?

В.К.: Я предлагал рассмотреть отдалённые последствия отказа от вакцинации. Ведь даже если оставить в стороне конкретную вакцину против рака, неужели кто-то может представить себе детей без прививки, допустим, от полиомиелита? Кто готов обречь своего ребёнка на паралич, костыли и инвалидную коляску?

Знаете, это действовало. Аргумент давал поразительный эффект — все вопросы тут же отпадали. Мы, врачи, обычно говорим с пациентами сухим языком статистики, а иногда полезно бывает показать оппоненту, какое место в описываемой цифрами картине занимает лично он, каковы могут быть последствия отказа от вакцинации для его близких. Ведь много десятилетий вакцинация спасает жизни людей. Именно этим методом ликвидированы страшные эпидемии — чумы, чёрной оспы. Однако, когда продвигаешь что-то новое, сталкиваешься с колоссальным сопротивлением и самыми абсурдными мнениями.

SP Как вы полагаете, откуда появилось тогда это противодействие: от незнания и страхов либо у него другой источник?

В.К.: Думаю, источников немало. Вакцинации чаще всего противятся люди малограмотные, не реализовавшие себя в жизни. Таким нелепым способом они пытаются «попиариться», причислить себя к кругу значимых людей. Проблема

[Беременность у женщин с раком шейки матки протекает очень тяжело, количество вирусной ДНК в 10 раз больше, чем вне гестации, а частота передачи вируса от матери к плоду достигает 87%.]

ма в том, что мы не научились должным образом реагировать на заявления непрофессионалов. Наша бюрократическая система не выполняет свою прямую обязанность — **препятствовать активности невежд**, отсюда их иллюзия вседозволенности. А ведь вакцинация — самое эффективное медицинское вмешательство, изобретённое человечеством!

К сожалению, пока вакцинация против ВПЧ не включена в календарь прививок, предубеждённость населения трудно преодолеть. А ведь прежде чем рассуждать о вреде вакцинации, необходимо понимать, как возникает злокачественный процесс. Он начинается с обязательного присутствия в организме **вируса папилломы человека онкогенных штаммов**. Долгое время можно быть носителем, но на каком-то этапе, при наступлении благоприятных для вируса условий, он приводит к неопластической деформации цервикального эпителия. Это могут способствовать изменения тканей шейки матки воспалительного либо невоспалительного характера, нарушенный биоценоз, родовой травматизм и т.д.

Весь ужас в том, что интенсивный рост заболеваемости раком шейки матки отмечают в возрастном интервале от 20 до 29 лет. Если представить себе возрастной график заболеваемости, то кривая изначально очень резко идёт вверх и снижается только к 40 годам. Затем ещё один небольшой всплеск, и всё. При этом именно временной промежуток 20–29 лет характеризуется наибольшей активностью репродуктивной системы — от рака **гибнут молодые матери**.

Особенности эпителия шейки матки у женщин молодого возраста таковы, что слизистая оболочка цервикального канала выстлана цилиндрическим эпителием, а влагалищная часть шейки матки — плоским многослойным. Граница двух типов эпителия — это область перехода, зона трансформации. В репродуктивном возрасте у нерожавшей женщины она смещается в сторону влагалища, при этом цилиндрический эпителий цервикального канала попадает в кислую среду, то есть, по сути, в постоянный раздражитель. Смещение эпителия всегда сопровождается воспалительной реакцией, поскольку фактически происходит ожог кислотой. В нормальных условиях это неопасно, однако, если наслаивается такой агрессивный фактор, как папилломавирусная инфекция, формируется идеальный «полигон» для **запуска злокачественного процесса**. Вот почему 40% всех онкологических заболеваний у беременных приходится именно на молодой возраст.

Наверное, этого достаточно, чтобы понять, насколько нам важна вакцинация.

SP Расскажите о том, как за 10 лет изменилась вакцина против рака шейки матки. Начиналось всё с двухвалентной, затем разработали квадривалентную. Какую производят сейчас?

В.К.: Девятивалентную.

SP Означает ли это, что первые вакцины работали хуже?

В.К.: Совсем нет — по эффективности они похожи, но производители лишь постепенно накапливали данные для документального увеличения «валентности». Сейчас мы работаем с четырёхвалентным «Гардасилом», до него использовали «Церварикс». Несмотря на то что он был двухвалентным и проявлял актив-



© John_Silver / Shutterstock.com

[Во всём мире вопросы целесообразности вакцинации решают, обобщив результаты пожизненного наблюдения за пациентами, прошедшими иммунизацию.]

ность в отношении папилломавирусов 16-го и 18-го типов, он при этом обладал **колоссальным перекрёстным действием**, т.е. обеспечивал защиту от других онкогенных типов ВПЧ. Доказательством тому служит проведённое нами исследование, подтверждающее активность вакцины в отношении папилломавируса 31-го типа, вызывающего кондиломы.

Квадривалентной вакцине отдаём предпочтение потому, что результаты её применения уже хорошо изучены за рубежом — понятно, чего ждать. В Австралии, где вакцинация против ВПЧ вошла в национальный календарь прививок в 2007 году, практически полностью исчезли аногенитальные бородавки у детей школьного возраста. В Московской области количество девочек с этим заболеванием с 2008 года, когда мы начали программу вакцинации, снизилось, по самым скромным подсчётам, вдвое. А долгосрочные результаты вакцинации (снижение заболеваемости и смертности от рака шейки матки и других опухолей аногенитальной области) мы сможем наблюдать с 2022–2023 года.

Что касается самой вакцины, то основные опасения людей связаны с её безопасностью. Именно поэтому я делаю акцент

на том, что она **рекомбинантная по происхождению**. Это означает, что в состав препарата входят частицы рекомбинантных* поверхностных белков вируса папилломы человека. По сути, основу этой вакцины составляет антигенный «фантом» вируса. И на этот «фантом» организм даёт адекватную иммунную реакцию. Вот почему все заявления о том, что «маленьким детям вводят ослабленный вирус», можно объяснить только полной некомпетентностью в данном вопросе.

SP Кроме вакцинопрофилактики, какие ещё пути противодействия раку шейки матки вы разрабатываете?

В.К.: Если мы хотим каким-то образом повлиять на ситуацию и установить «барьер», то диагностика злокачественного процесса должна быть как можно более ранней и достоверной. Через наше поликлиническое отделение в год проходит 45 тыс. женщин. В стационаре за этот период выполняют около 3000 операций (втрое больше, чем в онкологическом отделении любой крупной больницы!), принимают 2500 родов.

Однако, когда речь идёт о 4-миллионной женской части населения Московской области — это **капля в море**. Особенно

* Рекомбинантная вакцина — это суспензия, приготовленная из высокоочищенных вирусоподобных частиц основных рекомбинантных капсидных белков ВПЧ. Поскольку в состав вакцины входят лишь «оболочки» вируса, при попадании в организм заражения не происходит, однако вырабатывается стойкий иммунитет.

если учесть, что охват женского населения диспансерным наблюдением до сих пор нельзя назвать всеобъемлющим, и с этим надо срочно что-то делать. По нашим собственным данным, частота заболеваемости раком шейки матки в Московской области увеличилась по меньшей мере вдвое по сравнению с цифрами за 2002—2003 годы (см. инфографику на 88-й полосе). Объяснение этому простое — отсутствие своевременной диагностики и лечения. И решать этот вопрос можно, лишь меняя наш подход к проблеме.

SP Разве в 1990-е ситуация со здравоохранением не была ещё хуже?

В.К.: Возможно, но меня беспокоит другое. На данный момент заболеваемость раком шейки матки в Московской области **приближается по частоте** к раку молочной железы. А ведь именно рак молочных желёз, как вы знаете, занимает первое место из всего многообразия злокачественных новообразований у женщин. Так что же можно предпринять? Прежде всего необходимо создать и вести регистр провакцинированных: и тех девочек-подростков, кого мы прививаем сейчас, и молодых женщин, иммунизированных ранее. Это очень важный момент, поскольку во всём мире вопросы целесообразности вакцинации решают, обобщив результаты обязательного наблюдения за пациентами, прошедшими иммунизацию, на протяжении всей жизни.



[В Австралии, где вакцинация против ВПЧ вошла в календарь прививок в 2007 году, практически исчезли аногенитальные бородавки у детей школьного возраста. В Московской области заболеваемость девочек с 2008 года снизилась вдвое.]

SP МОНИИАГ ведёт регистр?

В.К.: Непременно будет вести, сейчас проект — на этапе подготовки. Кроме того, в этом году в Московской области вступают в строй ещё три перинатальных центра, где мы планируем внедрить такую же **практику регистрации вакцинированных**: в Балашихе, Коломне и Наро-Фоминске. Кстати, в Наро-Фоминске вопрос с базой пациенток и кадрами для ведения этой работы уже решён. А при помощи регистра мы сможем отслеживать дальнейшую судьбу женщин, иммунизированных против онкогенных штаммов ВПЧ.

SP Хороший довод в пользу вакцинации! Он выбьет всю аргументацию, касающуюся мнимой опасности для здоровья, из рук противников медикаментозной профилактики.

В.К.: Безусловно. Кстати, не менее важно **планирование беременности** у женщин-фигуранток регистра. Для этого нужен комплекс обследований, при необходимости — прегравидарная подготовка. И хотя данных о том, что вакцинация может повлиять на течение беременности или эндокринный статус, до сих пор не было, для нас важно держать ситуацию под контролем. Некоторые неблагоприятные для будущей беременности факторы можно выявить на ранних этапах, к примеру, при наблюдении за процессом созревания яйцеклеток. Если обнаружены, допустим, признаки поликистоза яичников, тщательная диспансеризация и своевременное адекватное вмешательство обеспечат возможность выиграть время и подготовить женщину к благополучному исходу беременности.

SP А каков приблизительный процент привитых девушек-подростков в популяции?

В.К.: Каждый год статистика разная — разъяснительная работа постепенно позволяет увеличивать число привитых. Однако ничуть не менее важно и полноценное ведение регистра иммунизированных пациенток. На мой взгляд, этим можно будет гордиться — их вакцинировали, защитили от рака шейки матки, обеспечили возмож-

ность нормально забеременеть, родить без осложнений и без риска гибели в период репродуктивного расцвета **от предотвратимого рака**.

SP Каков необходимый объём прегравидарной подготовки пациенток из регистра вакцинированных против рака шейки матки?

В.К.: Разумеется, объём обследования будем определять индивидуально, с учётом факторов риска и данных анамнеза, но определение гормонального статуса обеспечим всем, чтобы предупредить неблагоприятные последствия сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы и т.д. После наступления беременности и вплоть до благополучного её завершения организуем наблюдение за состоянием фетоплацентарного комплекса. В случае возникновения осложнений у нас будут все данные для того, чтобы выяснить, что именно произошло и какой дальнейшей тактики ведения необходимо придерживаться.

[Если результат ВПЧ-теста негативный, женщина может быть спокойна в течение 3–5 лет, особенно если относится к старшей возрастной категории или у неё к этому моменту уже наступила менопауза.]

SP А как правильно организовывать цервикальный скрининг — не только у привитых, но и в общей популяции?

В.К.: Вопросы, касающиеся диагностики заболеваний шейки матки, в настоящее время решать весьма тяжело. Во-первых, **отсутствие нормально работающей системы диспансерного наблюдения** смешивает карты акушеру-гинекологу. Во-вторых, цитологическая диагностика фактически отсутствует — если я не путаю, то на всю Россию работают всего пять автоматических **анализаторов для жидкостной цитологии**. Не меньшая проблема — дефицит хорошо подготовленных специалистов-цитологов. Кроме того, далеко не каждый гинеколог умеет грамотно взять мазок и отправить на цитологию. А должен!

Казалось бы, ничего сложного, но и здесь скрининг «буксует». Ведь

эффективность цитологической диагностики в значительной степени зависит именно от качества приготовления препарата. Неправильный забор материала нарушает информативность метода, и полученные результаты очень трудно интерпретировать. В Балашихе применяют жидкостную цитологию, но эффект от внедрения метода пока не оправдывает ожиданий.

Вообще проблема информативных диагностических методик стоит очень остро. Современные стандарты предусматривают обязательное определение маркера злокачественного процесса — белка p16. Однако во всём мире первое место в цервикальном скрининге всё-таки принадлежит ВПЧ-тестированию. В США для диагностики одновременно выполняют ПАП- и ВПЧ-тесты. Эта процедура обязательна для пациенток начиная с 30-летнего возраста. В России же, вероятно, имеет смысл проводить тестирование раньше — **с 25 лет**, если мы хотим пойти путём профилактики.

SP Как насчёт систем самозабора биоматериала (вагинального секрета)? Насколько нам известно, такие стали появляться и в России.

В.К.: Настораживает, что это происходит в русле избыточной коммерциализации. Но в целом для нас, врачей, в самом деле важно определить, есть у пациентки ВПЧ или нет, и в этом отношении системы для самозабора — хорошее подспорье. Если результат негативный, женщина может быть спокойна в течение 3–5 лет, особенно если относится к старшей возрастной категории или у неё наступила менопауза.

SP У теста с технологией самозабора высокая специфичность по типам?

В.К.: Там её нет вообще. Просто «нет/есть ВПЧ», и всё. Пациентки сами с помо-

(спасая жизни

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии — место с богатой историей. Институт был основан в 1868 году и имел статус лечебницы. В её состав входили амбулатория и стационар на пять коек (к слову, сегодня их уже 130). Будучи ведущим научно-практическим учреждением здравоохранения Московской области, МОНИИАГ обеспечивает охрану репродуктивного здоровья женского населения. Благодаря **слаженной работе коллектива** профессионалов здесь оказывают специализированную помощь даже самой «трудной» категории больных акушерского и гинекологического профиля. На протяжении 2015 года здесь было принято 3000 родов у пациенток из группы высокого риска. Показатель младенческой смертности в клинике — **в 3 раза меньше** общероссийского. И это, безусловно, повод для гордости.

Институт возглавляет лауреат премии Правительства РФ, засл. врач Российской Федерации, акад. РАН, проф. Владислав Иванович Краснополский, начавший свой профессиональный путь в НИИ ещё в 1961 году в качестве ординатора и проработавший в нём непрерывно более полувека. Под его руководством МОНИИАГ стал первым в России учреждением, внедрившим инновационные методы профилактики рака шейки матки. Именно благодаря Владиславу Ивановичу на протяжении 8 лет в Московской области действует **программа вакцинальной иммунизации** девочек 12–13 лет против ВПЧ. За время реализации проекта вакцинацию прошли 20 тыс. подростков. С помощью регистра, создание которого также инициировал институт, специалисты отслеживают их дальнейшую судьбу.

На протяжении многих лет научно-исследовательский институт был и остаётся центром оперативной гинекологии для Московской области. В его стенах выполняют **уникальные хирургические вмешательства** при любых заболеваниях сочетанного характера: генитальной и экстрагенитальной формах эндометриоза, опущениях и выпадениях матки и т.д. При этом частота послеоперационных осложнений минимальна. В учреждении разрабатывают новые методы прегравидарной подготовки, ведения беременности и родов у женщин с заболеваниями эндокринной и сердечно-сосудистой системы, миопией высокой степени и доброкачественными опухолями женских половых органов.

В МОНИИАГ выполняют фундаментальные исследования, посвящённые профилактике и терапии преэклампсии, а также **коррекции аномалий родовой деятельности**. Оптимизируют технологию кесарева сечения и исследуют новые методы предупреждения послеоперационных осложнений.

С 2007 года в институте функционирует отделение репродуктологии, специалисты которого умеют преодолевать практически любые формы женского и мужского бесплодия.

Помимо прочего, для улучшения качества медицинской помощи на базе МОНИИАГ созданы центры: «Сахарный диабет и беременность» (первый в России!), «Планирования семьи и репродукции», «Мониторинг и регистр врождённых пороков развития у детей». В цели **пренатальной диагностики** входит не только распознавание аномалий развития плода, но и информирование женщины о возможных исходах беременности. Опыт работы учреждения показывает, что во время наблюдения можно выявить 85% всех внутриутробных пороков развития, приводящих к инвалидизации и летальному исходу.

Применяя технологии телемедицины, сотрудники МОНИИАГ проводят дистанционное консультирование сложных клинических случаев. Много внимания уделено и вопросам обучения специалистов, причём не только сотрудников самого института, аспирантов и ординаторов, но и врачей, работающих в других клиниках области. Здесь сама **атмосфера пронизана пониманием** того, что врач должен постоянно учиться, пополнять свои знания, оттачивать навыки. Без этого невозможно достичь самой главной цели — обеспечить здоровье женщин и новорождённых. А в МОНИИАГ это приоритетная задача.

цью тестовой системы берут небольшое количество влагалищного секрета, нам остаётся только протестировать материал и выдать заключение. При отсутствии нормальной диспансеризации это даёт врачу хотя бы какую-то информацию.

SP А как же быть с мотивацией? Практика показывает, что наши соотечественницы не проявляют заинтересованности в отношении подобных нововведений.

В.К.: Это не совсем так. Процедура неслучайная, и визит к гинекологу для диагностики ВПЧ становится обязательным — это заманчиво для женщин. Если система будет широко доступна и пациентки сами смогут произвести забор и доставить материал в женскую консультацию в удобное для них время, ситуация с диагностикой ВПЧ **станет существенно проще**. Если результат теста окажется позитивным, необходимо будет определить, онкогенен ли штамм.

Для максимально информативного цервикального скрининга в распоряжение области закуплен цифровой кольпоскоп. Аппарат способен автоматически выделять зоны, представляющие собой CIN I, CIN II и CIN III, а также определять рекомендуемый объём вмешательства — секторальная биопсия, конизация и т.д. Обследование на таком устройстве и станет заключительным этапом диагностики. Такой алгоритм цервикального скрининга мне представляется единственно правильным; надеюсь, что в ближайшем будущем мы к этому придём.

SP Встречают ли поддержку ваши инициативы со стороны руководства области?

В.К.: Безусловно, и в нескольких районах уже стартовал пилотный проект цервикального скрининга. Концепция профилактики рака шейки матки была одобрена Минздравом и экспертами из президиума РАН при поддержке главного учёного секретаря Михаила Александровича Пальцева. Собственно, покупка цифрового кольпоскопа состоялась с привлечением средств, выделенных на программу профилактики, что помогло избежать лишних бюрократических проволочек. Аппарат необходим для **создания доказательной базы эффективности и безопасности мето-**

дики, без него дальнейшая реализация вакцинальной программы оказалась бы под вопросом.

SP Как вы полагаете, возможно ли увеличить охват цервикальным скринингом до 98–100%, как это было в Советском Союзе?

В.К.: Это нереально. Я вообще не представляю, какой процент охвата может быть в России.

SP Но ведь флюорография же охватывает значительную долю населения благодаря требованиям Минздрава. Почему бы в регламентирующие официальные документы не включить пункт о запрете госпитализации без цервикального скрининга?

В.К.: Увы, затраты на организацию ВПЧ-тестирования и цервикальный скрининг в целом слишком велики. Всегда вопросы внедрения технологии упираются в стоимость. Оглядываясь на достижения прошлого, важно понимать, что с тех пор диагностический арсенал расширился многократно. Однако в погоне за массовостью охвата нам критически важно **не потерять в качестве** обследования.

Мы пытаемся минимизировать расходы, но повлиять, скажем, на стоимость реактивов — не в силах. Минимальная цена ВПЧ-тестирования одной больной — 250 руб. Таким образом, только этот вид обследования жительниц Московской области потребовал бы миллиардной инвестиции, а ведь тестирование — лишь начальный этап алгоритма обследования.

Тем не менее не стоит забывать о гарантиях, возможности оказания бесплатной медицинской помощи беременным и новорождённым. Наладив работу **регистра**, хотелось бы определить, какой **процент нуждающихся** в обследовании составляют малоимущие. Обследование хотя бы этой категории граждан должно «лечь на плечи государства» (и эти затраты будут несопоставимо меньше, чем требующиеся для диспансеризации всего населения региона). Имея эту информацию, можно будет инициировать формирование соответствующей законодательной базы. Вполне реальная перспектива — создать работающую систему профилактики и ранней диагностики рака.



© Faraways / Shutterstock.com

[Минимальная цена ВПЧ-тестирования одной больной — 250 руб. Таким образом, применение только этого вида обследования жительниц Московской области потребовало бы миллиардной инвестиции.]

SP Мы только что говорили о том, что системный подход к диспансеризации населения сегодня отсутствует. Вы пытаетесь создать работающую модель для дальнейшего распространения на остальные регионы страны?

В.К.: Совершенно верно. У нас есть очень хороший опыт: когда-то именно мы наладили **пренатальный скрининг**, сформировали жизнеспособный проект и экстраполировали на всю Россию. Между прочим, в прошлом году провели аудит и вполне удовлетворены результатами.

SP Чего не достаёт, чтобы будущая система цервикального скрининга тоже «развернула крылья»?

В.К.: Сейчас мы рассчитываем необходимое количество реактивов, вакцин, самозаборных систем и т.д. Пока для этой цели анализируем данные из регистра вакцинированных, позже планируем по-

вторить расчёты уже для всей женской популяции области.

SP Через какое время можно ожидать первых результатов этой работы?

В.К.: Дорогу осилит идущий! Есть надежда отработать систему уже в течение 2016 года. Сравниваем результаты, получаемые при жидкостной цитологии и других видах тестирования. Возможно, удастся внедрить менее затратные альтернативы — а значит, и **увеличить охват пациенток**. Поскольку анализ результатов тестирования будет проходить у нас в институте, качество обследования я гарантирую.

SP Уважаемый Владислав Иванович, большое спасибо вам за столь содержательную беседу и, конечно, за ваш ежедневный труд. **SP**



медпред — друг или враг?

Почему врачи и медпредставители могут отмечать общий праздник



Авторы: Хильда Юрьевна Симоновская,
Надежда Юрьевна Маркевич, StatusPraesens
(Москва)

В ноябре 2011 года российскую медицинскую и фармацевтическую общественность всколыхнул вновь принятый Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В числе прочего он наконец-то установил порядок и границы взаимодействия медицинских представителей фармкомпаний и практикующих специалистов. В частности, п. 5 ч. 1 ст. 74 цитируемого закона гласил: «Медицинские работники и руководители медицинских организаций **не вправе... осуществлять приём представителей компаний**, за исключением <перечислены ситуации исключения>...»

Подобные требования законодательства заставили в корне пересмотреть саму возможность визитов медицинских представителей на рабочее место врача — и ряд компаний либо отказались от таких посещений вовсе, либо существенно лимитировали их. Часть государственных медицинских учреждений дополнительно закрепили эти ограничения приказом главного врача, что ещё больше затруднило возможность работы медпредов. Причин для этого, безусловно, много, и, с одной стороны, они объективны — врач должен выполнять свою работу в условиях жёсткого цейтнота, а на общение с медпредом действительно нужно время. К тому же каждая компания занимается рекламой **своей собственной** продукции, не предоставляя столь же подробных сведений о лекарствах конкурентов, что может повлиять на объективность врача при принятии решения.

Однако каковы бы ни были причины, возникшие местами перегибы существенно ограничили и **возможности врачей** на получение самой свежей информации, потому что в наши дни, как и во все времена, фармкомпании ведут огромную **образовательную работу**. Именно этому — образовательной функции медпредов на примере компании «Гедеон Рихтер» — и посвящена настоящая публикация.

К счастью, процитированный закон №323-ФЗ, действительно несколько ограничивая контакты медицинских представителей с практикующими врачами, всё же **разрешает** визиты медрепов*:

- в связи с проведением **клинических исследований** лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий;
- для участия в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, направленных на **повышение их профессионального уровня** в порядке, установленном **администрацией медицинской организации**;
- для участия в разрешённых администрацией мероприятиях, направленных на предоставление информации, связанной с осуществлением **мониторинга безопасности лекарственных препаратов** и изделий медицинского назначения.

Таким образом, закон не просто признаёт, а даже стимулирует фармацевтических производителей и дистрибьюторов к выполнению качественных клинических исследований, а также к повышению образовательного уровня врачей и мониторингу побочных эффектов лекарств.

Правда, **разрешение** на это должна дать администрация медицинской организации — именно здесь и кроется основная проблема: ряд ЛПУ закрывают двери перед медрепами.

[91% докторов получают от медрепов информацию о новых препаратах, 62% — о новых показаниях существующих препаратов, 50% — об инновационных методах и схемах лечения и диагностики.]

На самом деле и сама идея (дать врачу информацию прямо на рабочем месте), и её воплощение благородны изначально по своей сути. Несмотря на некоторые недостатки такого подхода, и врач, и его пациенты остаются в выигрыше, ведь должен же кто-то рассказать акушеру-гинекологу, например, о появлении такого революционного средства для лечения миомы, как улипристала ацетат («Эсмия»)?

* Медреп (проф. сленг) — от англ. medical representative.

Несущий информацию

Согласно результатам социологических исследований, врачи воспринимают визиты медицинских представителей как один из **ключевых каналов получения новой информации** — наряду с отраслевыми конференциями, конгрессами, симпозиумами¹. Например, 91% практикующих врачей получают от медицинских представителей информацию о новых препаратах, 62% — о новых показаниях для назначения давно существующих препаратов, 50% — об инновационных методах и схемах лечения и диагностики².

Причём чем дальше на восток России, тем меньше проводится профессиональных научно-образовательных мероприятий. В Уральском федеральном округе, например, сведения от медрепов составляют около **85% всей** получаемой врачом новой профессиональной информации¹.

Таким образом, полевые сотрудники фармацевтических компаний помогают медицинским работникам быть в курсе современной доказательной базы по эффективности и безопасности лекарственных средств, новых методов лечения заболеваний — проще говоря, оптимизируют терапию и повышают качество жизни пациентов.

Хорошо осознавая роль медицинских представителей в информирова-

нии врачей, в сентябре 2015 года глава российского представительства компании «Гедеон Рихтер» Атила Варади направил министру здравоохранения России Веронике Скворцовой открытое письмо, предлагая учредить новый профессиональный праздник — **День медицинского представителя**. Обосновывая целесообразность инициативы, он подчеркнул особую значимость профессии: «Медицинские представители — связующее звено между инновационными разработками фарма-

цевтических компаний, врачами и пациентами».

Позже, в интервью изданию «Лекарственное обозрение»³, господин Варади сообщил также следующее: «Если Минздрав <России> поддержит нашу инициативу, мы предложим профессиональному сообществу и индустрии обсудить возможную дату. Лично я считаю, что это должна быть весна — медицинскими представителями в основном работают представительницы прекрасного пола».

Тем не менее, в порядке контравенции, достойной датой для празднования Дня медицинского представителя вполне могло бы стать 23 сентября, день рождения самого г-на Гедеона Рихтера. В конце концов именно он **основал** профессию медицинского представителя как таковую — практически в её современном виде и идеологической форме, — но, к сожалению, так и не получил за это справедливого признания от последователей, по крайней мере при жизни.

Разумный подход

В наши дни на родине г-на Гедеона Рихтера (1872–1944), в Венгрии, его почитают как новатора, родоначальника современной фармацевтической индустрии страны и «изобретателя» путей научного взаимодействия между фармкомпанией, врачом и пациентами. Однако в конце XIX века, несмотря на происхождение из зажиточной семьи, будущий успешный «капиталист» только начинал прокладывать себе жизненный путь — упорным трудом и постоянной учёбой.

Согласно записям в его дипломе выпускника Коложварского университета (University of Kolozsvár), с 15 лет он почти 3 года отработал помощником провизора в аптеке Nándor Mersits's в Дьёндьёше. Официальное право работать учеником аптекаря он получил в 1893 году и тут же поступил в Будапештский университет: год учился на факультете естественных наук, ещё год — на медицинском. Завершив тем самым полный цикл последипломного образования (как бы выразились в наши дни), с 1897 года он активно путешествовал по Западной Европе,

успев потрудиться в аптеках в Берегово (венг. Beregszász; ныне — Закарпатская обл., Украина) и Старом Смаковце (венг. Ótátrafüred; сегодня — Словакия)⁴. Таким образом, основывая своё дело, Геден Рихтер не просто сформировал собственную бизнес-стратегию, а взял на вооружение ключевые научные и организационные разработки своего времени.

Первую аптеку в Будапеште (историческая аптека «Шаш» — «Орёл» — и по сей день работает по знаменитому адресу: ул. Юллёй, 105) г-н Рихтер открыл на тогдашней окраине города, зато напротив больницы.

Словно **современный медпредставитель**, выстраивающий длительные партнёрские отношения со специалистами, Геден Рихтер регулярно **наведывался в клинику**, чтобы **пооб-**

щаться с врачами, собрать статистику обращений пациентов с теми или иными заболеваниями, оценить потребность в различных группах лекарственных средств. Так же поступали и многочисленные сотрудники молодой компании. Между прочим, и в наши дни руководство компании «Геден Рихтер» в лице Аттилы Варади с гордостью сообщает, что карьера всех топ-менеджеров обязательно начинается с тяжёлого труда медицинского представителя. «Сердце нашей компании — в полях», — говорит г-н Варади.

Умение слушать и слышать докторов и больных уже тогда сыграло на руку зарождающемуся фармбизнесу — всего лишь через год «Шаш» стала очень популярной аптекой и имела постоянных покупателей. Гибкость организационного подхода обеспечивали собственное производство и неза-

[И в наши дни руководители «Геден Рихтер» с гордостью сообщают, что карьера всех топ-менеджеров обязательно начинается с тяжёлого труда медицинского представителя. «Сердце нашей компании — в полях», — говорят они.]

Шаги истории

В кресле руководителя фармкомпания Гедену Рихтеру удалось убедительно продемонстрировать, что **«человекоориентированность»** (учитывающая потребности как пациентов и врачей, так и сотрудников компании) не препятствует бизнесу — он процветал, число дочерних компаний и представительств росло (в Великобритании, Мексике, Италии, Польше, Бразилии, Хорватии и др.), поставки продукции шли в 80 стран по всему миру. К 1930 году компания стала одним из важнейших внешнеторговых предприятий Венгрии. В 1929 году Миклош Хорти (Miklós Horthy), регент Венгерского королевства, наградил Гедена Рихтера званием королевского советника — небывалые почести в реалиях консервативной венгерской элиты того времени.

Тучи национализма и ксенофобии, сгущавшиеся над Европой в конце 1930-х годов, не могли рассеять ни высокая должность, ни выстроенная фармацевтическая империя. Сам Геден Рихтер считал, что болезни, как и лекарства от них, не имеют национальных и прочих различий. Однако еврейское происхождение основателя «Геден Рихтер» по мере распространения фашизма в обществе стало



поводом для отстранения основателя компании от дела всей его жизни. Многочисленные заслуги перед родиной и обществом были забыты. Сам господин Рихтер неоднократно отказывался уехать из страны, не желая оставлять компанию на произвол судьбы, но он прекрасно осознавал опасность для своей жизни, поэтому сына успел выслать из страны. В декабре 1944 года 72-летний Рихтер был расстрелян в Будапеште вместе

с полусотней других евреев и венгров еврейского происхождения.

Трагический конец жизни Гедена Рихтера не стал концом его дела. Компании был нанесён тяжкий урон, число работников уменьшилось в несколько раз, но цель новому руководству была ясна и полностью соответствовала кредо основателя: необходимо было и дальше обеспечивать людей современными лекарствами, а для этого — расширять научно-исследовательскую базу и производство. В компании «Геден Рихтер» начали масштабную работу по созданию оригинальных препаратов, открыли несколько лабораторий, специализировавшихся на органической и растительной химии, биохимии, микробиологии, фармацевтических технологиях.

В 1946 году компания была национализирована и временно переименована в «Завод фармацевтических товаров в Кобанье». Война лишила компанию рынка сбыта в Западной Европе и дочерних предприятий, поэтому политика продаж «Геден Рихтер» обратилась к востоку. Первые успехи были достигнуты в Польше и Чехословакии, а в 1959 году компания начала **экспортировать** свою продукцию и в **СССР**, вскоре став самым крупным поставщиком Советского

висимость управления — два фактора, ставшие ключевыми в бизнес-стратегии Гедона Рихтера. И впоследствии он всячески избегал инвестиций в своё предприятие со стороны (хотя возможность привлечь капиталы, безусловно, существовала) — необходимость отчитываться и принимать во внимание рекомендации совета директоров была, по его мнению, непомерной платой.

Одно из важнейших правил г-на Рихтера — **понять потребности людей и удовлетворять их**. Развивая модную во Франции, Германии и других европейских странах того времени идею органотерапии (лечение препаратами, полученными из органов и тканей животных), его фармацевтическая лаборатория первой в Венгрии начала выпускать сначала инъекционный адреналин

(выделенный из надпочечников скота), а затем совершенно новое на тот момент средство — окситоцин. Осознание актуальной потребности в препарате для стимуляции маточных сокращений пришло к г-ну Рихтеру в 1903 году, во время беременности его супруги Анны Винклер (родившегося в срок наследника назвали Ласло).

Важной частью своей работы Гедон Рихтер считал воспитание в рабочих **корпоративного духа**. Каждое утро он лично встречал сотрудников у ворот и активно поощрял работу в компании **нескольких поколений** одной семьи. Учредитель компании неустанно повторял, что главной целью своей работы и наградой за неё считает **сохранение жизней**.

Во время Первой мировой войны в Венгрии остро нехватало антисеп-

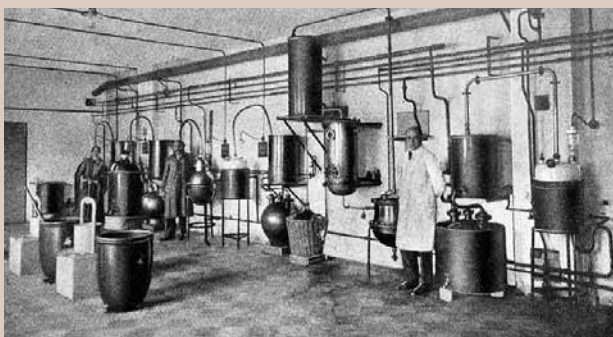
тиков, и с 1912 года производственные мощности компании были реорганизованы для производства нового таблетированного обеззараживающего средства «Гиперол».

Если говорить о нашей стране, то в целом компания «Гедон Рихтер» серьёзно повлияла на формирование российского фармацевтического рынка, причём не только как поставщик лекарственных средств, — значительную роль в этом сыграли именно медицинские представители компании, всегда составлявшие не менее 75–80% её штата³. В 1990-е годы в нашей стране они, без преувеличения, оказались в числе **немногих из доступных** для практикующих врачей **источников информации** о современных методах лечения. С начала нового тысячелетия именно медицин-

Союза и стран, входящих в Совет экономической взаимопомощи. «Гедон Рихтер» гордится тем, что в 1967 году первым предоставил нашей стране **реальную альтернативу катастрофической проабортной культуре** — гормональный контрацептив «Инфекундин» (2,5 мг норэтинодрела и 0,1 мг местранола), что произошло всего лишь через 7 лет после регистрации «Энovidа» в США.

В 1990-х годах политическая обстановка вновь вынудила предприятие трансформироваться — после падения «железного занавеса» конкуренция, экономическая и политическая нестабильность, высокий уровень инфляции мешали планировать работу и прибыль на длительный срок. Для преодоления кризиса **пришлось «отсечь всё лишнее»**: был прекращён выпуск малообъёмной и низкоприбыльной продукции, начато обновление «лекарственного портфеля». В 1992 году компания «Гедон Рихтер», во-первых, была акционирована, а во-вторых, сформировала сеть торговых представительств по всему миру. Несмотря на то что оперативность принятия бизнес-решений, которой так дорожил основатель компании, снизилась, остальные пункты идеологии остались неприкосновенны — независимость от государства, стремление расширять присутствие на фармацевтических рынках, обновление линейки производимых продуктов, исследовательская работа с соблюдением этических и клинических стандартов.

В наши дни компания представлена в 35 странах, имеет восемь производственных площадок, 31 торговое представительство, 14 коммерческих подразделений и совместных предприятий. «Гедон Рихтер» выпускает более 100 наименований лекарственных средств большинства терапевтических групп. Компания **продолжает следовать традициям**, заложенным её основателем, и в 2016 году празднует очередной юбилей — 115 лет. Из них более 60 лет продолжается работа на благо российских пациентов.



ские представители взяли на себя непростую задачу организовать обмен опытом между специалистами здравоохранения России и западных стран, а в наши дни они частично выполняют **функции системы фармаконадзора**, отслеживая побочные эффекты препаратов и уровень комплаентности.

Фактически именно медпреды осуществляют то, что в физиологии называют «механизмом обратной связи»: опираясь на собранные ими данные, фармкомпании планируют свою деятельность и пополняют «лекарственные портфели» тем, что необходимо врачу в работе. И тем не менее в наши дни престиж этой важной для всей фармацевтической индустрии (да и для врачебного сообщества) профессии парадоксально невысок.

Стены «прозрачного коридора»

Одна из часто возникавших претензий врача к медицинским представителям — недостаточно высокое качество предоставляемой информации, навязчиво рекламный тон и назойливость визитов. Вступивший в силу в 2011 году ФЗ №323 **отрегулировал большинство аспектов** взаимодействия сторон — и это, по большому счёту, пошло процессу на пользу. Практика

показала, что новый формат сотрудничества (исследования, выступления, лекции, доклады) вполне продуктивен и даже способствует улучшению имиджа фармацевтического бизнеса в глазах врача.

Тем не менее, планируя взаимодействие с медицинским представителем фармацевтической компании, практикующему врачу необходимо принимать во внимание содержание уже упоминавшейся ст. 74 Федерального закона №323-ФЗ и быть готовым к возможным дискуссиям, в том числе с юридической точки зрения.

Первый и наиболее часто обсуждаемый вопрос — можно ли вообще принимать на своём рабочем месте **представителей фармацевтических компаний**, аптек, производителей или дистрибьюторов медицинских изделий? Действительно, в рабочее время врач должен выполнять свои непосредственные обязанности, прежде всего обследовать и лечить пациентов. Однако, когда он участвует в проведении клинических исследований лекарственных средств или клинических испытаний медицинских изделий, у него появляется ещё одна функция — в ходе работы он должен постоянно обмениваться информацией с представителями компаний. Причём **порядок такого взаимодействия** должен быть утверждён непосредственно главным врачом.

© Marcos Mesa Sam Wordley / Shutterstock.com



[Согласно Федеральному закону №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года врачи не имеют право принимать подарки от организаций, занимающихся разработкой, производством или реализацией лекарственных препаратов. Однако канцелярские товары с информацией о конкретном продукте подарками не считают.]

Это же правило действует и тогда, когда медицинские представители выступают перед медицинскими работниками на утренних конференциях, собраниях или семинарах, которые проходят в рабочее время.

Ещё один вопрос — что считать подарками, которые нельзя получать от организаций, занимающихся разработкой, производством или реализацией лекарственных препаратов и медицинских изделий? Например, можно ли взять у медицинского представителя рекламный календарь, авторучку или блокнот с фирменным логотипом? Эксперты Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ считают это **вполне допустимым**: хотя в действующем законодательстве нет точного определения для термина «подарок», в случае если канцелярские принадлежности служат источником информации о товаре — то есть **имеют целевое назначение**, — их нельзя считать подарками. А учитывая, что они, как правило, не соответствуют критерию «адресованные неопределённому кругу лиц», под действие норм Федерального закона от 13.03.2006 года № 38-ФЗ «О рекламе» они тоже не подпадают⁵.

Что касается запрета на получение врачом образцов лекарств и медицинских изделий для вручения пациентам (п. 3 ч. 1 ст. 74 ФЗ №323), то здесь ключевое слово — «вручение». Если врач использует такие образцы или изделия **для демонстрации возможных методик лечения** либо процессов, происходящих в организме пациента в связи с заболеванием, он не нарушает закон. Кроме того, он имеет полное право передавать образцы пациенту при проведении клинических исследований лекарственных средств.

Заключение с компанией или её представителем соглашения о назначении или рекомендации больным препаратов либо медицинских изделий подпадает под строгий запрет. Недопустима выписка рецептов на бланках, заранее содержащих наименование препарата, а также передача пациентам записок с рекомендациями, составленных на брендированных листках. Исключение составляет **говор о проведении клинических испытаний** медицинских изделий и лекарственных средств — в рамках исследовательской работы всё иначе.

Кроме того, закон №323-ФЗ (п. 1 ч. 1 ст. 74) запрещает специалистам участвовать в развлекательных мероприятиях, спонсируемых фармацевтическими компаниями (включая оплату проезда). Однако в конференциях, конгрессах, симпозиумах, организованных этими компаниями и **способствующих повышению профессионального уровня**, врачам участвовать не только можно, но даже нужно!



Серьёзные фармацевтические компании, хорошо осознавая свою социальную ответственность, в числе прочего действительно берут на себя грандиозный социально значимый труд по обеспечению врачей современной информацией. Так поступает и компания «Гедеон Рихтер», медицинские представители которой в нашей стране были, несомненно, первопроходцами. «Большой штат

нашней таков: нам, жителям России XXI века, нет причин испытывать негативные эмоции в отношении медицинских представителей фармацевтических компаний, например таких, как концерн «Гедеон Рихтер». Соблюдая верность принципам, заложенным более столетия назад, они прорастают в реалии страны, переживая вместе с ней и светлые, и трудные времена.

Не подлежит сомнению тот факт, что уважать работу фармацевтических компаний и их представителей есть за что. Уже упомянутая ранее пресловутая ст. 74 ФЗ №323 чётко регламентирует общение врачей с медпредами, вынуждая обе стороны готовиться к встрече и относиться к **совместной работе** более ответственно. Тем не менее важно, делая механизм взаимодействия более прозрачным, «вместе с водой не выплеснуть ребёнка» — то, что вкладывал в работу медицинского представителя сам г-н Гедеон Рихтер.

[Согласно законодательству, недопустима выписка рецептов на бланках, заранее содержащих наименование препарата, а также передача пациентам записок с рекомендациями по лечению на брендированных листках.]

медицинских представителей требует значительных вложений, — говорит руководитель российского представительства Атила Варади, — мы рассматриваем эти траты как инвестиции в создание рабочих мест, в образование и профессиональное развитие врачей, в мониторинг побочных действий лекарств. Это инвестиции в модернизацию здравоохранения. Мы хотим поднять значимость профессии медицинского представителя для фармацевтической отрасли в целом, стремимся к получению общественного признания».

Обратившись к истории компании «Гедеон Рихтер» и поистине эпохальной фигуре её основателя, можно увидеть, что атмосфера предубеждённости и недоверия для фармацевтического бизнеса вовсе не нова, однако в то же время **никогда не была на пользу государству и обществу**.

Из прошлого опыта совершенно необходимо делать выводы, и сегод-

Общий вектор совместной активности должен быть направлен вперёд, к совершенствованию терапевтических возможностей. При этом обе профессии, безусловно, нужны и важны: врач лечит людей и спасает жизни, а медицинский представитель фармацевтической компании **помогает ему** выполнять эту задачу максимально качественно и эффективно, предоставляя столь нужную для врачей информацию **прямо на их рабочем месте**.

Кстати, в 2016 году **День медицинского представителя** всё-таки был отпразднован — впервые в истории. Произошло это совсем недавно, **9 апреля**, и на самом деле этот день должны отмечать не только фармацевтические компании, но и всё медицинское сообщество. Ведь дело-то во многом общее — здоровье наших пациентов. 

Библиографию см. на с. 146—150.



кроме нас — некому

Молодые женщины как стратегический «репродуктивный запас»: помочь сохранить фертильность



Автор: Галина Борисовна Дикке, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР Медицинского института РУДН (Москва)

Копирайтинг: Ольга Катаева

В огромном перечне российских программных документов высокого ранга любой гражданин может найти всевозможные доктрины, стратегии и концепции. У страны **есть чёткий план** обороны от внешних врагов и защиты экологии, развития науки и экономической безопасности. При этом, будучи крупнейшей мировой державой, Россия находится на одном из последних мест по показателю плотности населения. Едва преодолев демографический провал 1990-х годов, мы снова стоим на пороге «русского креста»: показатели рождаемости далеки от уровня, необходимого для стабилизации численности населения, а соматическое здоровье женщин репродуктивного возраста оставляет желать лучшего, и всё чаще в современном обществе можно наблюдать картину, когда рождение ребёнка пара откладывает на потом.

Правительством была принята Концепция демографической политики РФ до 2025 года¹. Однако её реализация идёт не так быстро, как хотелось бы. Именно поэтому решение стратегически важной задачи **сохранения репродуктивного здоровья женщины** до момента, когда она соберётся родить ребёнка, находится в руках акушера-гинеколога. Похоже, что кроме нас заниматься этим некому.

Согласно прогнозам Росстата, опубликованным в 2015 году², естественный прирост населения к 2020 году составит 359 504 человека, только, увы, со знаком «минус». И это уже будет несомненно убыль.

С одной стороны, столь неутешительным прогнозам можно найти объяснение. С начала 2000-х годов в фазу деторождения вступили представительницы поколения 1980-х, когда люди ещё действительно верили в светлое будущее

и недостатка в новорождённых страна не испытывала. Однако прошло 10–15 лет, и рождаемость в стране упала до критической отметки. Сейчас именно это малочисленное поколение 1990-х стоит на пороге возраста деторождений, а статистики уже «подсчитывают убытки» и прогнозируют второй демографический провал.

С другой стороны, причиной этого станет не только небольшой удельный вес молодых людей в современной России, но и новые тренды: отложенное материнство, увеличение гинекологической заболеваемости, высокий уровень влияния стрессов на организм женщины. Значит, необходимо тщательно планировать «репродуктивное **сегодня**» молодой женщины, чтобы реализация планов деторождения завтра вообще имела место быть.

Наши невесты стали старше

В соответствии с данными ООН за 2015 год в мире проживает около 1,2 млрд³ молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, то есть **каждый шестой** житель Земли принадлежит к группе, определяемой ВОЗ как «молодёжь». Однако же если вопросам репродуктивного здоровья девушек-подростков уделено довольно много внимания, то молодых женщин возрастной группы 20–24 года рассматривают в общей совокупности женщин фертильного возраста, нередко упуская из вида **специфические потребности** этой категории пациенток в контрацепции, ожидания и, как следствие, результативность

применения метода. А ведь именно молодые женщины 20–24 лет, без преувеличения, тот самый стратегический резерв и золотой запас активного деторождения.

Сегодня средний возраст российских невест составляет 24 года, и по этому показателю мы уже приблизились к зарубежной статистике. По данным Росстата, в 2014 году из числа всех зарегистрированных браков только треть (35,6%) составили те, в которых возраст невест находился в пределах 18–24 лет, тогда как в 25–34 года вышли замуж 43,6% россиянок⁴. А ведь ещё десятилетие назад это соотношение выглядело иначе и 20-летних невест было почти в 2 раза больше, чем 30-летних. С точки зрения статистики, возможно, на этом и не стоило бы акцентировать внимание, ведь в наши дни более свободными стали представления об институте брака (из числа тех, кто проживает совместно с партнёром, половина состоят в неформальных союзах)⁵. Однако с точки зрения акушерства и гинекологии такая **модель брачного поведения** современных женщин интересна в контексте репродукции — всё-таки многие женщины предпочитают рожать детей в официально зарегистрированном браке, причём уже после 25 лет. Тем более что сравнение **возрастных коэффициентов рождаемости** за 2004–2013 годы показывает тенденцию к смещению ярко выраженного пика рождаемости в прошлые годы с возрастной группы 20–24 года на 25–29 лет⁶.

А вот с абортom молодые россиянки по-прежнему «в тесном контакте»: из числа пациенток, которым был выполнен аборт (по данным 2012 года), удельный вес женщин в возрасте

ЖЕНЩИНЫ ВЗРОСЛЕЮТ — ЖЕНЩИНЫ РОЖАЮТ

ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН И ЧИСЛА РОЖДЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА МАТЕРЕЙ*:
СРАВНЕНИЕ 2004 И 2014 ГОДОВ

Возраст, лет	Динамика численности, млн	Динамика рождаемости, тыс.
15–19	-2,8	-84
20–24	-1	-132
25–29	+0,7	+256
30–34	+0,7	+246
35–39	+0,5	+130
40–44	-1,3	+23
45–49	-1,5	+1

ВЫВОД:

за 10 лет в России увеличилось число детей, рождённых женщинами старшего репродуктивного возраста.

*Андреев Е.М., Воробьева О.Д., Денисенко М.Б. и др. Демографический ежегодник России 2015: Статистический сборник. М.: Росстат, 2015. 263 с.

20–24 года составил 24,4%⁷, при том что их доля в возрастной структуре женщин фертильного возраста всего 14,6%. Вместе с тем отрадно, что по сравнению с 2008 годом количество аборт у молодых пациенток сократилось на 26%, причём гораздо интенсивнее, чем у женщин более старшего возраста⁸.

В исследовании приняли участие 1007 женщин в возрасте 18–45 лет, проживающих в семи федеральных округах РФ. Респондентки ответили на несколько вопросов, в том числе касающихся их выбора средств и методов контрацепции. Оказалось, что участницы исследования в возрасте от 19 до

В других исследованиях было показано, что максимальная продолжительность применения КОК в среднем составляет 6–7 мес¹², а на протяжении года от них отказываются 68% женщин (что в 2 раза выше, чем в странах Европы)¹³, то есть этот метод отличается **низкой приверженностью**.

Некоторые авторы отмечают высокую эффективность средств пролонгированного обратимого действия (имплантат, ВМС и вагинальное кольцо)¹⁴, но в то же время у молодых нерожавших женщин чрезвычайно распространены опасения физического вмешательства, присутствия «инородного тела», и такие средства контрацепции становятся для них малопримлемыми¹⁵.

Таким образом, очевидно, что молодые женщины вполне отчётливо осознают необходимость контрацепции, однако не всегда готовы применять методы с высокой эффективностью. Зачастую это обусловлено недостаточной информированностью и отсутствием грамотной консультативной помощи со стороны врача.

Я хочу, чтобы...

По результатам анонимного анкетирования 402 студенток Москвы¹² можно составить примерный вишлист (от англ. wish list — список желаний), то есть перечень ожиданий молодых женщин в отношении приёма контрацептивов. Большинство девушек (65%) отметили приоритетной **потребность** в высокой эффективности контрацептивов; безопасность для здоровья (отсутствие побочных эффектов, контроль менструального цикла) стала ведущим требованием у 53% участниц опроса, ещё 28% высказались за простоту использования метода. Молодые женщины реже высказывают такие пожелания, как доступная стоимость (13%) и лёгкость в приобретении контрацептивов (10%).

Эти данные практически не отличаются от результатов, полученных зарубежными исследователями от участниц из восьми стран¹³. Респондентки указывают на значимость **достаточной эффективности** при низкой дозе гормонов (85%), минимизации уровня побочных эффектов (40%), возможности регуляции менструального цикла (58%).

[Большинство девушек (65%) отмечают потребность в эффективности контрацептивов; отсутствие побочных эффектов ожидают 53% опрошенных, ещё 28% высказались за простоту использования метода.]

Однако, даже несмотря на такую весьма положительную тенденцию, меры по профилактике нежеланной беременности остаются на пике актуальности. По счастью, сегодня уже можно наблюдать, как пусть медленно, но упорно **маховик контрацептивного невежества**, порой граничащего с невежеством, разворачивается в сторону понимания и принятия в обществе простой истины: правильный выбор контрацептива — лучший способ сохранить репродуктивное здоровье.

Превентивные стратегии

Узнать о **предпочтениях** россиянок относительно выбора средств профилактики нежеланной беременности позволили результаты социологического исследования, выполненного компанией RI-VITA Research & Consulting в 2012 году⁹.

24 лет чаще, чем женщины более старшего возраста, предпочитают использовать презервативы (59 против 45% суммарно во всех возрастных группах) и прерванный половой акт (26 против 23% соответственно). Кстати, использование презервативов — это также весомый вклад в профилактику репродуктивных потерь завтрашнего дня: высокая распространённость ИППП, ВИЧ-инфекции, ВПГ требует особой настороженности, а барьерный метод контрацепции при условии его правильного применения — не только способ профилактики нежеланной беременности, но и защита от половых инфекций.

В рамках вышеуказанного исследования молодые женщины продемонстрировали и более высокую частоту использования КОК (33 против 30% в старшей возрастной группе). Однако следует отметить, что 38% участниц указали на то, что применяли два и более методов контрацепции.

ВОЗ: SOS! Половые инфекции!

Информационный бюллетень ВОЗ, выпущенный в декабре 2015 года¹⁰, продемонстрировал крайне напряжённую ситуацию в мире с распространённостью половых инфекций. Так, ежегодно у 357 млн человек диагностируют хламидийную или трихомонадную инфекцию, гонорею или сифилис; более 530 млн заражены ВПГ-2 и свыше 290 млн женщин по всему миру инфицированы папилломавирусом. И в столь жёстких реалиях рекомендации всё тех же экспертов ВОЗ¹¹ о применении двойного метода контрацепции — латексных презервативов и КОК — вовсе не выглядят «перестраховкой». Скорее это надёжная страховка и от ИППП, и от нежеланной беременности.

КОНСУЛЬТИРУЕМ ПО АЛГОРИТМУ

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ПОДХОДЯЩЕГО МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ ДЛЯ ЖЕНЩИН





[Практика показывает, что женщины, получающие чётко структурированную информацию, прекращают использование выбранного метода контрацепции через 12 мес, реже, чем пациентки при стандартном консультировании. Врач должен разобраться в вопросе сам и суметь объяснить пациентке.]

Одним из показателей удовлетворённости женщин выбранным методом можно считать и его независимость от полового акта (ОР=4,73; 95% ДИ 1,6–13,6)¹⁶.

Частота отказов от выбранного метода контрацепции в течение года колеблется от 30% в Германии до 81% в Бразилии; в России она составляет 68%¹³.

Простота использования, удобство и регулярность менструального кровотечения были названы определяющими факторами в выборе метода предотвращения нежеланной беременности в крупном исследовании СНОИСЕ, в котором приняли участие и женщины из России¹⁵.

Вижу цель — не вижу препятствий

Очевидно, что информация о том, чего ожидает современная молодая женщина от контрацепции и что заставляет её отказаться от ранее выбранного метода, **должна лечь в основу** врачебной стратегии по повышению приверженности пациентки к контрацептиву. И здесь едва ли не первостепенное значение имеет качество консультирования пациентки¹⁷. Практика показывает, что оптимизировать процесс принятия пациенткой ре-

шения о выборе метода контрацепции можно с помощью всего **пяти шагов**.

1. Спросить. Это простое действие необходимо как женщине для осознания собственных потребностей в контрацепции, так и врачу, чтобы в дальнейшем структурировать свои предложения по выбору метода.

2. Рассказать. Далеко не все женщины владеют полноценной информацией о существующих методах контрацепции. На этом этапе врач должен рассказать пациентке о принципах и методах предупреждения нежеланной беременности, их достоинствах и недостатках.



3. Выбрать. Объективно оценив желание женщины использовать контрацепцию, её предпочтения и ожидания, врач должен предложить пациентке **выбрать** метод, оценив его приемлемость с помощью критериев ВОЗ (обязательно исключая противопоказания). Не следует предлагать, а тем более назначать контрацептив пациентке. Предпочтения врача не должны оказывать влияние на выбор метода женщиной.

4. Помочь. На этом этапе роль врача заключается в том, чтобы помочь женщине правильно использовать выбранный метод контрацепции.

5. Курировать. Сообщить пациентке о возможности следующего визита, если в этом есть необходимость или если она возникнет в процессе использования выбранного метода.

Практика показывает, что у женщин, получавших структурированную информацию, частота прекращения использования выбранного метода через 12 мес оказывается ниже ($OR=0,27$; 95% ДИ $0,16-0,44$), чем у женщин при стандартном консультировании¹⁸.

Кстати, неважно, по какому поводу молодая женщина пришла к гинекологу — на профилактический осмотр, диспансеризацию, — необходимо уделить время для беседы о значимости и способах сохранения репродуктивного потенциала. Именно в силу того, что женщины в возрасте до

25 лет обладают наибольшей фертильностью и сексуальной активностью, а также имеют собственные представления о том, каким должен быть их метод контрацепции, правильный выбор средства и его идеальное применение — реальный способ предупредить наступление нежеланной беременности.

Если пациентка выбрала КОК, то необходимо предоставить ей информацию об особенностях действия средств и подчеркнуть их преимущества в зависимости от обозначенных ею потребностей. Поскольку основной причиной отказа от КОК всё-таки служат побочные эффекты, приведём результаты современных исследований, демонстрирующих возможность нивелировать негативный сценарий.

Курс на снижение рисков

Не будет преувеличением сказать, что один из наиболее очевидных путей снижения побочных эффектов от приёма КОК — внедрение низкодозированных по этинилэстрадиолу препаратов. И эта задача была решена, а дальнейшие исследования подтвердили, что **нет никаких различий** в контрацептивной эффективности КОК, содержащих 20 мкг этинилэстрадиола в сравнении с большей дозой¹⁹. Кстати, аналогичная действенность была отмечена для всех низкодозированных препаратов с различными прогестагенами последнего поколения — индекс Перля для комбинации 20 мкг этинилэстрадиола с дроспиреноном составил 0,81, а 20 мкг этинилэстрадиола с диеногестом — 0,947, что аналогично комбинации всё той же дозы этинилэстрадиола с левоноргестрелом²⁰.

Кроме того, рядом исследований было продемонстрировано улучшение переносимости препаратов с **удлинённым режимом** — 24 дня с гормонами и интервал 4 дня без гормонов. В настоящее время комбинация «20 мкг этинилэстрадиола + 3 мг дроспиренона в режиме «24+4»» доступна, например, в препарате «Димиа». Возможные преимущества укороченной фазы плацебо включают более выраженное подавление фолликулогенеза, снижение симптомов предменструального напряжения, которые могут сопровождать период плацебо²¹. Данные также свидетельствуют о том, что КОК, дозированные в режиме «24+4», связаны с более короткой продолжительностью кровотечения отмены²² и ассоциированы со снижением частоты пропуска таблеток²³.

Интересно, что в ситуации, когда выбранный метод контрацепции отвечает ожиданиям женщины и она получает значительное физическое и психологическое облегчение своего состояния, долгосрочная приверженность к препарату довольно высока. При этом побочные эффекты пользовательница воспринимает как незначительные²⁴. В такой ситуации как раз имеет значение перечень неконтрацептивных эффектов, которые КОК готов «предоставить» женщине.

Пациентки, нуждающиеся помимо контрацепции в регуляции менструального цикла, могут использовать любые низкодозированные монофазные КОК, содержащие прогестин с высокой прогестагенной активностью. Наряду с аналогичными профилями фармакокинетики и эффективности по сравнению с КОК с обычными и фиксированными расширенными режимами комбинированный препарат с этинилэстрадиолом и дроспиреноном имеет дополнительное преимущество, про-

являющиеся в меньшем количестве дней кровотечения/кровомазания. Так, многоцентровое исследование с участием более 600 женщин, принимавших препарат на протяжении 13 циклов, показало, что продолжительность цикла и среднее число менструальноподобных реакций/кровомазания в начале эксперимента составило $26,3 \pm 12,4$ и $15,4 \pm 5,5$ дня соответственно у 94,2% участниц. К концу исследования 96,8% пациенток имели планируемые циклы кровотечения, при этом их продолжительность снизилась с $5,9 \pm 3,2$ до $5,0 \pm 1,6$ дня. Число женщин с межменструальными кровотечениями снизилось с 14,5% в первом цикле до 2,3% (в 6,3 раза!) в 12-м цикле²⁵.

В ряде исследований было показано положительное влияние КОК, содержащих дроспиренон, на психологическое состояние^{26,27}, улучшение настроения к шестому циклу приёма²⁸, уменьшение симптомов депрессии, а также терапевтическое действие при предменструальном синдроме (ПМС)^{29,30} и даже при предменструальном дисфорическом расстройстве (ПМДР)³¹ и было связано с улучшением качества жизни.

Для молодых женщин важны также состояние кожи и возможность её улучшения при использовании КОК. В случае акне лёгкой степени комбинированные препараты, содержащие различные типы гестагенов, показали примерно одинаковую эффективность³². Однако практически одновременно были выполнены два рандомизированных клинических

в отношении невоспалительных поражений (открытые и закрытые комедоны) эффективность КОК составила 40, плацебо — 22% соответственно. О полном излечении можно было говорить у 18% пациенток из группы принимавших КОК и лишь у 6% в контрольной группе.

(заделом на будущее

С точки зрения репродуктивной перспективы стоит вспомнить такое понятие, как овариальный резерв. Зачастую именно истощение этого запаса ооцитов создаёт фон для не столь уж радостной статистики: в среднем в популяции большинство женщин в возрасте до 30 лет вполне способны к зачатию и деторождению, по достижении порога 40 лет этот показатель актуален лишь для 50% женщин, а после 43 спонтанное зачатие становится большой редкостью³⁵.

В современных условиях, когда отложенное материнство уже не редкость, подобная тенденция весьма критична. Казалось бы, выход — затормозить фолликулогенез, устранить ненужные овуляции. Дискуссии относительно того, влияют ли КОК на сохранность овариального резерва, периодически возникают, хотя всё чаще можно слышать о том, что длительный приём эстроген-гестагенных препаратов способен притормозить циклическую работу яичников, влияя на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему и несколько уменьшая

(резекция яичников, овариэктомия), после которого можно наблюдать снижение овариального резерва.

Если рассмотреть проблему фертильности чуть шире, нельзя не упомянуть и об уязвимости эндометрия (а именно ему отводят важную роль в процессе имплантации плодного яйца и в вынашивании беременности). Механические травмы слизистой оболочки матки, вероятные при выполнении аборта, нередко становятся пусковым механизмом хронического эндометрита³⁸. Таким образом, профилактика аборта с помощью правильно подобранной гормональной контрацепции — это одновременно и защита эндометрия. Кроме того, в сохранении репродуктивного здоровья женщины следует считать важной и способность КОК снижать риск ВЗОМТ, нормализовать гормональный фон и даже профилактировать возникновение анемии, нередко возникающей вследствие чрезмерной менструальной кровопотери³⁹.



Можно ли сегодня предугадать «репродуктивное завтра» молодой женщины? Можно ли предусмотреть сохранность потенциала деторождения? Конечно да, и для этого у современного врача есть надёжные инструменты. Достаточно прислушаться к ожиданиям и планам женщины, а для этого необходимо научиться говорить с пациенткой. Также важно грамотно подобрать контрацептив и убедить пациентку в обоснованности этого выбора, для чего следует самому обладать полным спектром знаний. Достаточно сформировать у молодой женщины приверженность к выбранному способу контрацепции, а для этого необходимо, чтобы у контрацептива был не только доказанный противозачаточный эффект, но и высокий уровень безопасности, минимум побочных эффектов и набор неконтрацептивных «бонусов». Эти действия просты и очевидны. Однако жизнь ставит перед врачом сложнейшую задачу: найти подход к современной пациентке — женщине молодой, амбициозной, начитанной; помочь ей сохранить здоровье и потенциал деторождения. И кроме нас решить эту задачу некому. **SP**

[Возможные преимущества укороченной фазы плацебо (режим приёма КОК «24+4») включают более выраженное подавление фолликулогенеза, снижение симптомов предменструального напряжения.]

исследования с одинаковым дизайном: в каждом исследовании — более полусотни женщин возрастной категории 14–45 лет, разделённых на группы, принимающие КОК с этинилэстрадиолом и дроспиреноном и плацебо^{33,34}. Результаты также были ожидаемо сходными: у 49% женщин наблюдали снижение клинических проявлений акне (воспалительных поражений — папул, пустул), в группе плацебо этот показатель составил 33%;

интенсивность потери ооцитов³⁶. Однако более выраженное значение в сохранении фертильности женского организма КОК имеют благодаря их способности «консервировать» яйцеклетки в гормонозависимый период, профилактировать возникновение функциональных кист³⁷. Ведь именно пациентки с кистозными образованиями, по мнению большинства экспертов, чаще остальных женщин подвергаются оперативному вмешательству

МИНЗДРАВ НАСТОЯТЕЛЬНО РЕКОМЕНДУЕТ

Обзор нового клинического протокола диагностики
и лечения миомы матки



Авторы: Елена Николаевна **Андреева**, докт. мед. наук, зав. отделением эндокринной гинекологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, проф. кафедры репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова; Татьяна Сергеевна **Рябинкина**, Татьяна Евгеньевна **Рыкова**, StatusPraesens (Москва)

В 2015 году Министерством здравоохранения РФ в регионы страны был разослан вновь разработанный клинический протокол, регламентирующий должную тактику диагностики, лечения и реабилитации пациенток с **миомой матки**. Авторами документа выступили ведущие эксперты страны*.

Следует отметить, что **подобных руководств** по миоме в России раньше не было, и при подборе терапии врачи были вынуждены либо использовать зарубежные рекомендации, либо опираться на собственный клинический опыт, а потому систематизация знаний по этому действительно непростому вопросу позволит стандартизировать врачебные подходы к ведению пациенток с миомой матки.

Чрезвычайно важный факт: в протоколе **впервые официально признано**, что в ряде случаев миому можно и **нужно лечить медикаментозно**. Эта мысль — своеобразный «переворот» в умах врачей, а значит, и в гинекологической практике в целом. Настоящая публикация представляет краткий обзор этого без преувеличения эпохального документа.

Согласно данным, представленным в клинических рекомендациях (протоколе ведения), **при тщательном обследовании** миому можно выявить у 77% женщин в популяции. При этом за последние 40 лет заболевание изрядно «помолодело»: его распространённость у женщин в возрасте до 30 лет выросла с 2 до 12,5%¹.

Авторы протокола делают особый акцент на том, что симптоматику наблюдают **лишь у каждой четвёртой пациентки с миомой матки**; у остальных течение бессимптомное. Коллеги из США в исследовании 2013 года выявили, что распространённость миомы, не имеющей клинических проявлений, у женщин в возрасте от 18 до 30 лет составляет

* Письмо МЗ РФ «Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации (протокол ведения)». Полная версия протокола размещена на сайте www.praesens.ru. Авторами выступили Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Н.В. Артымук, Л.Д. Белоцерковцева, В.Ф. Беженарь, М.А. Геворкян, Е.Ю. Глухов, А.И. Гус, Ю.Э. Доброхотова, К.И. Жордания, О.В. Зайратьянц, А.В. Козаченко, С.И. Киселёв, Е.А. Коган, И.В. Кузнецова, Ю.Б. Курашвили, С.А. Леваков, А.И. Малышкина, Л.И. Мальцева, Л.А. Марченко, К.Д. Мурватов, Т.Ю. Пестрикова, А.А. Попов, Н.В. Протопопова, А.В. Самойлова, М.М. Сонова, А.Л. Тихомиров, Т.В. Ткаченко, Л.Т. Урумова.

43—57%². А между тем бессимптомное течение процесса может быть критично для фертильности: доказано, что миому матки диагностируют у **каждой пятой женщины** с бесплодием³. И хотя само заболевание не рассматривают как ведущую причину нарушения фертильности, оно может оказать самое пагубное влияние как на зачатие, так и на течение беременности и родов.

Тем не менее главная угроза этой доброкачественной (в подавляющем большинстве случаев) опухоли состоит даже не во влиянии на фертильность — диагноз миомы матки выступает основной причиной гистерэктомий в мире. В России более половины всех **гистерэктомий** выполняют по поводу миомы. В США этот показатель ниже, но не намного — приблизительно треть подобных органоуносящих вмешательств, около 200 тыс. операций ежегодно.

Особенно остро вопрос об оперативном вмешательстве стоит у женщин, ещё не реализовавших свою репродуктивную функцию. В эпоху эколого-репродуктивного диссонанса женщины склонны осознанно откладывать деторождение на более поздний срок, рискуя при этом «набрать багаж» гинекологических заболеваний — включая миому, — которые впоследствии могут негативным образом сказаться на способности иметь детей. В целом же независимо от реа-

Классификации миомы: много, но не всё

Клинические рекомендации приводят несколько классификаций, по которым принято характеризовать миоматозные узлы. По **локализации** узлов и их росту относительно **мышечного слоя** матки выделяют:

- интрамуральные;
- подслизистые;
- субсерозные;
- межсвязочные;
- шеечные;
- паразитарные.

По **количеству** узлов миомы бывают одиночными и множественными.

Отдельным блоком приведена классификация ВОЗ (2003)⁴, подразделяющая миому в зависимости от **дифференциации её клеток**: обычная лейомиома (зрелая доброкачественная опухоль), клеточная лейомиома, причудливая лейомиома и т.д. Особенно важно, что указанная классификация описывает **пределы доброкачественности процесса** — два последних пункта (пролиферирующая лейомиома и лейомиома с явлениями предсаркомы, т.е. малигнизирующаяся) чётко апеллируют к онкологической настороженности каждого практикующего врача. Иными словами, миома **не всегда** доброкачественна!

[Главная угроза этой доброкачественной (в большинстве случаев) опухоли даже не во влиянии на фертильность. Диагноз миомы матки выступает основной причиной гистерэктомий в мире, а в России более половины этих операций выполняют по поводу миомы.]

лизации репродуктивных планов симптомы миомы матки серьёзно снижают **качество жизни** за счёт маточных кровотечений, боли и проблем, связанных с нарушением функций соседних органов вследствие их сдавления.

Следовательно, разработка, внедрение и применение максимально щадящих методик — тот **оптимум**, который, устранив крайне неприятную симптоматику, позволяет держать курс на органосохранение и тем самым сберечь детородную функцию у конкретной пациентки.

Кроме того, в практике широко используют классификацию субмукозных узлов, предложенную Европейским обществом специалистов по гинекологической эндоскопии⁵.

■ **Ф** Субмукозные миоматозные узлы, расположенные в полости матки.

■ **I** Субмукозные узлы на широком основании, менее 50% объёма узла расположено интрамурально.

■ **II** Миоматозные узлы, интрамурально расположено 50% и более объёма узла.

Помимо всего перечисленного, в рекомендациях указаны все относящиеся к проблеме **коды МКБ-10**, которые используются в практической деятельности врача. К сожалению, в клиническом протоколе не представлена **классификация 2011 года FIGO** (см. инфографику). В ней, помимо аналогичного эндоскопической классификации разделения субмукозных миоматозных узлов, представлены другие категории. Эта классификация очень проста и удобна для использования. Остаётся надеяться, что в будущем, при пересмотре клинических рекомендаций, классификация FIGO наверняка будет включена в протокол.

Клинический портрет: от обыденности к хоррору

Клинические рекомендации достаточно подробно суммируют данные о симптоматике (иногда неожиданной) и опасностях миомы матки.

Как уже было сказано, миома матки «молчит» у четырёх из пяти женщин, и это может длиться годами. Однако у одной из пяти пациенток клиническая манифестация оказывается более чем заметной и довольно **многоликой**.

Клинические признаки миомы матки зависят в первую очередь от типа узлов (субсерозные, интерстициальные, субмукозные). В происхождении того или иного «специфического» симптома чрезвычайно важна локализация миоматозного узла относительно продольной оси матки (шеечное, перешеечное, корпоральное расположение узлов). Наиболее распространены **боль и кровотечения** (в том числе **анемизирующей (!)** интенсивности) — это то, с чем врач сталкивается на приёме действительно часто. Однако могут быть и другие клинические проявления, связанные с нарушением функций соседних органов вследствие их сдавления миоматозным узлом.

Особенно это характерно для миомы атипичной локализации (например, анте-, ретро- и парацервикальных) и больших размеров. При таком расположении узлов нарушается **работа соседних органов**, ввиду чего женщина, не

знающая о существовании у себя миомы, нередко обращается к врачу другой специальности.

Например, такие состояния, как **гидроуретер** (скопление жидкости в расширенном мочеточнике вследствие препятствия, затрудняющего отток мочи), **гидронефроз** (значительное расширение лоханки и чашечек с атрофией почечной паренхимы вследствие нарушения оттока мочи) и даже **пиелонефрит**, могут быть связаны с миоматозным узлом ретроперитонеальной локализации. В этих ситуациях женщину будет обследовать уролог или нефролог.

Причиной **ишиалгии** также бывает миома — узел, сдавливая крестцовые нервы, провоцирует развитие корешкового синдрома, лечение которого обычно находится в компетенции невролога. Очень редко возможны и **ургентные** ситуации, когда миома становится причиной «**острого живота**» и рисков развития перитонита — при перекруте ножки субмукозного узла. И здесь пациентку будет сначала осматривать врач скорой помощи, а потом — абдоминальный хирург.

Возможна и другая неотложная ситуация, хотя и крайне редкая, — **разрыв кровоснабжающего миому сосуда**. Это ос-

ложнение коварно именно ввиду своей редкости — обычно маточное или внутрибрюшное кровотечение врачи не готовы связывать с миомой матки.

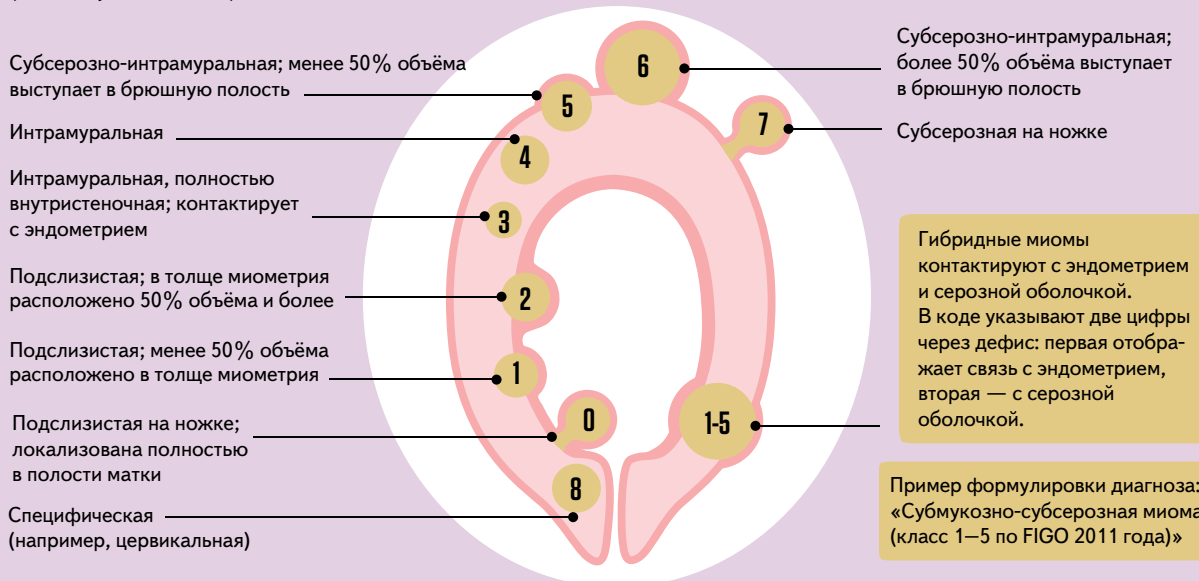
Миомы также усложняют своим «владельцам» и течение перименопаузы. Речь идёт о так называемом климактерическом синдроме, который при миоме матки диагностируют **в 2–2,5 раза чаще**, чем в популяции; тяжёлое течение этого синдрома наблюдают у каждой второй женщины с миомой. При этом **менопауза наступает** у таких пациенток несколько **позже** — в среднем на 1–3 года, — чем у женщин, не имеющих подобного новообразования.

И последнее: хотя точные причины и «пусковые» факторы миомы до сих пор изучены недостаточно, на сегодняшний день хорошо известна такая особенность, как тесная ассоциация миомы с другими заболеваниями: ишемической болезнью сердца (60%), ожирением (64%), заболеваниями молочных желёз (86%), желудочно-кишечного тракта (40%), щитовидной железы (4,5%) и даже неврозами (11%), что заметно превышает распространённость указанных нозологий в общей популяции.

КЛАССИФИКАЦИЯ МИОМЫ МАТКИ (FIGO, 2011*)



В 2011 году Международной федерацией акушерства и гинекологии (The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) была разработана классификация, описывающая восемь типов миом, включая гибридный класс новообразований (смесь двух типов миом).



* Munro M.G. et al. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years // Fertil. Steril. 2011. Vol. 95 (7). P. 2204–2208.

[Клинические признаки миомы зависят в первую очередь от типа узлов. Наиболее распространены боль и кровотечения, однако могут быть и другие проявления, связанные с нарушением функций соседних органов вследствие их сдавления.]

Очевидно, что миома и сопутствующий ей сбой гормональной регуляции способны самым негативным образом сказываться на состоянии многих других органов и систем, в том числе не связанных с репродукцией.

Скорость имеет значение

В клинических рекомендациях приведены интересные данные, касающиеся **скорости увеличения узлов**.

Быстрый рост узлов (то есть увеличение их размеров на величину, соответствующую более 4 нед беременности, за год или даже за менее короткий период⁶) регистрируют у 48–60% пациенток репродуктивного возраста. Большая скорость роста миомы связана с ранним прекращением репродуктивной функции (например, при преждевременной недостаточности яичников⁷) либо с её поздней реализацией. А сочетание быстрого роста узла с аденомиозом, гиперплазией эндометрия или анемизирующими маточными кровотечениями — наиболее частое показание к радикальному оперативному лечению.

Большие размеры миоматозных узлов, отсутствие тенденции к их регрессии, сочетание с аденомиозом, атипической или рецидивирующей гиперплазией эндометрия у пациентки в перименопаузе требует особого внимания в контексте **онкологической** настороженности.

Диагностика: принцип минимальной достаточности

Цитируемый документ подробно разбирает методы и алгоритмы диагностики миомы матки. И первое, на чём он акцентирует внимание, так это на том, что **рентгенологическое исследование** в качестве диагностического метода в наши дни уже не используют. Ранее с его помощью визуализировали патологические процессы в матке и её придатках, однако этот метод остался в истории, уступив место более современным и точным диагностическим технологиям.

Компьютерная томография с контрастированием позволяет не только определять взаиморасположение органов малого таза, состояние сосудов и костных структур, но и диагностировать кровотечения. Однако из-за того, что действующий фактор КТ — ионизирующее излучение, этот метод имеет весьма ограниченное использование: его назначают только по строгим показаниям.

Достаточно эффективна для диагностики миоматозных узлов **МРТ** — с её помощью можно выявить образования диаметром всего 3–4 мм (более мелкие идентифицировать

невозможно из-за их сходства с поперечными срезами сосудов). При этом МРТ позволяет достаточно точно «увидеть» дегенеративные изменения в структуре узла. Однако метод также не получил широкого распространения, поскольку заметно уступает по доступности и затратам «золотому стандарту» инструментальной диагностики миомы матки — **УЗИ**.

Несмотря на то что **УЗИ** — довольно **субъективный** метод (ввиду различного опыта и знаний врачей), он **достаточно информативен** как при первичной диагностике, так и при наблюдении за миомой в динамике (равно как и в оценке результативности того или иного лечения). Данное исследование позволяет определять не только топику, но и структуру самого узла, характер кровоснабжения, а также проводить **дифференциальную диагностику** с другими гинекологическими заболеваниями.

Эхографическую картину можно дополнить цветовым доплеровским картированием кровотока, и тогда врач получает наиболее полную информацию об интересующей структуре, которая, кстати, не всегда представляет собой миоматозный узел. Например, сочетание таких параметров, как скорость кровотока и индекс резистентности, подкреплённое эхографическим изображением, позволяет отличить миому от **саркомы** матки.

Лечение радикальное...

Согласно представляемым клиническим рекомендациям, существует несколько вариантов врачебных стратегий, которые применяют при миоме матки: наблюдение, медикаментозное и хирургическое лечение (в том числе с привлечением малоинвазивных методик).

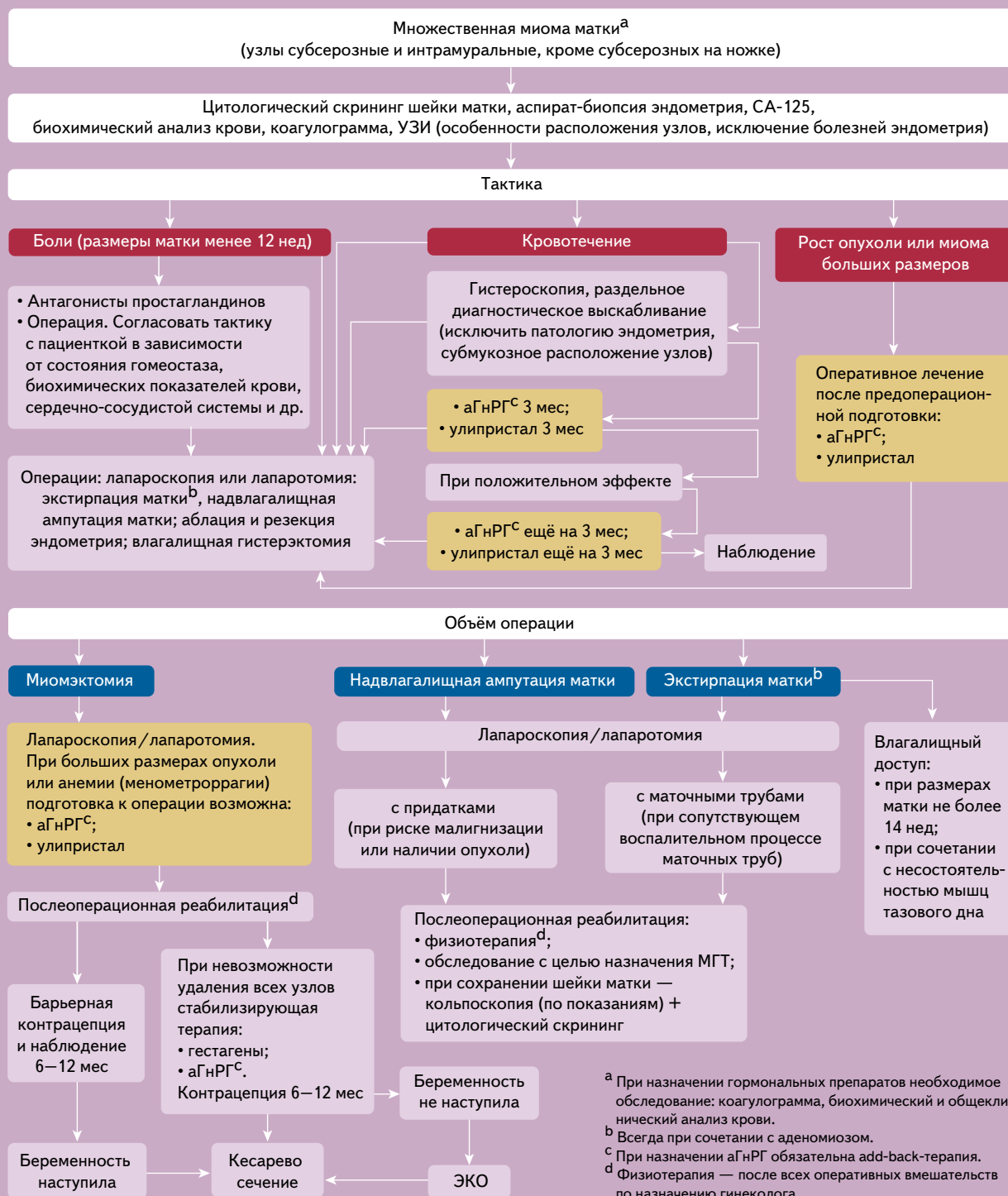
Относительно объёма оперативного вмешательства протокол безапелляционен: добиться полного излечения можно, только выполнив тотальную или субтотальную гистерэктомию (уровень доказательности **IA**)⁸. Принимать решение о возможности надвлагалищной ампутации следует **только после оценки** состояния шейки матки. Важно отметить, что Американская коллегия акушеров-гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) не рекомендует субтотальную гистерэктомию, так как не считает её более выигрышным методом лечения¹. В целом же к гистерэктомии как к лечебной стратегии при миоме матки следует относиться критично по двум причинам.

Во-первых, гистерэктомия крайне нежелательна, если пациентка ещё не реализовала свою репродуктивную функцию. Во-вторых, всегда, даже при сохранении яичников, существует риск **постгистерэктомического синдрома** (ПГС)⁹. Указанный синдром возникает в различные сроки после гистерэктомии у **30–70%** (!) женщин репродуктивного возраста.

[Большая скорость роста миомы связана с ранним прекращением репродуктивной функции либо с её поздней реализацией. Сочетание быстрого роста узла с аденомиозом, гиперплазией эндометрия или анемизирующими маточными кровотечениями — частое показание к радикальному оперативному лечению.]

МНОЖЕСТВЕННАЯ МИОМА МАТКИ

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ





Он включает психоэмоциональные, обменно-эндокринные и нейровегетативные расстройства, которые напрямую связаны с послеоперационным гипогонадизмом, обусловленным нарушением иннервации, кровоснабжения и функций **яичников**. ПГС может приводить к депрессивным состояниям, а провоцирующим фактором выступают психологические переживания женщины по поводу удаления матки, прекращения менструаций или невозможности зачать.

Выраженность ПГС серьезно зависит от исходного **типа кровоснабжения** яичников, осуществляемого ветвями яичниковых артерий и яичниковыми ветвями маточных артерий. Так, если за кровоснабжение яичников у пациентки в большей степени отвечают яичниковые ветви маточных артерий, то проявления синдрома будут выраженнее. Помимо всего прочего, формированию ПГС могут способствовать изменения анатомо-функциональных взаимоотношений органов малого таза.

Хорошей альтернативой органосохраняющей гистерэктомии служит более щадящее вмешательство — **консервативная миомэктомия**, которая также имеет свои достоинства, но и, к сожалению, недостатки. Один из самых больших минусов — формирование **рубца на матке**, с чем связан риск его разрыва во время следующей беременности. Именно поэтому необходимо **обязательно ушивать** ложе миоматозного узла, а не просто подвергать его коагуляции.

Кроме того, крайне важна адекватная контрацепция после операции — пациенткам, перенёсшим миомэктомию, необходимо предохраняться от беременности в течение 6–12 мес. Этого времени будет достаточно для формирования полноценного рубца.

В протоколе чётко обозначены **показания к оперативному лечению** (по возможности следует избегать органосохраняющих вмешательств).

- Обильные менструальные кровотечения, провоцирующие анемию.
- Хроническая тазовая боль, значительно снижающая качество жизни.
- Нарушение нормального функционирования соседних с маткой внутренних органов (прямая кишка, мочевого пузыря, мочеточники).
- Большой размер опухоли (более 12 нед беременности).

- Быстрый рост опухоли (увеличение **более** чем на 4 нед беременности в течение 1 года и ранее).
- Рост опухоли в постменопаузе.
- Подслизистое расположение миомы.
- Межсвязочное и низкое (шеечное и перешеечное) расположение миомы.
- Нарушение репродуктивной функции.
- Бесплодие при отсутствии других причин.

Как правило, оперативное лечение проводят планово. Ситуации, иногда требующие **экстренного вмешательства**, — экспульсия субмукозного узла и дегенеративные процессы в узле вследствие нарушения кровообращения, дающие клиническую картину «острого живота».

В целом негативные последствия, характерные для хирургических стратегий, ставят специалистов перед необходимостью применять методики с наименьшими инвазивностью и объёмом вмешательства, что отражает общий вектор: гистерэктомия < консервативная миомэктомия < эмболизация маточных артерий.

Если возможно применение неинвазивных методик, то именно их и следует предпочитать. В организме женщины **нет лишних органов**.

...и не очень

Многие пациентки категорически отказываются от хирургического или гормонального лечения, что обусловлено сложным психоэмоциональным статусом женщины или желанием сохранить репродуктивную функцию. В связи с этим особое внимание в клинических рекомендациях уделено **альтернативным методам**, а именно малоинвазивным технологиям.

Например, особый интерес в качестве перспективного рентгенохирургического вмешательства при лечении миомы вызывает **эмболизация маточных артерий (ЭМА)**. В качестве преимуществ метода рассматривают следующие: мини-инвазивность эндоваскулярного вмешательства, проводимого под местной анестезией, эффективность, приводящую к уменьшению или исчезновению симптомов миомы матки, сохранение репродуктивной функции женщины, короткий срок госпитализации.

Стоит упомянуть и об особых случаях применения метода. При субмукозном расположении узла ЭМА показана в том случае, когда резектоскопия невозможна и нецелесообразна. При больших размерах интерстициальных и интерстициально-субсерозных узлов рекомендовано лечение миомы матки в два этапа: на первом показана ЭМА с последующим хирургическим лечением, решение о проведении второго принимают индивидуально. Важно отметить, что ЭМА необходимо проводить в условиях стационара, так как у 80–90% пациенток развивается постэмболизационный синдром.

[В качестве перспективного рентгенохирургического вмешательства при лечении миом рассматривают методику эмболизации маточных артерий (ЭМА), отличающуюся минимальной инвазивностью, относительно коротким сроком госпитализации, сохранением репродуктивной функции женщины.]

ЭМА противопоказана при беременности, воспалительных заболеваниях органов малого таза в стадии обострения, аллергических реакциях на контрастное вещество, артериовенозных пороках развития, недифференцированном опухолевидном образовании в малом тазу, подозрении на лейомиосаркому.

Для ЭМА применяют искусственное эмболизирующее вещество — частицы поливинилового спирта. Его используют для окклюзии или снижения кровотока в гиперваскуляризированных или неопластических образованиях путём введения в просвет сосуда при селективной катетеризации. Перед процедурой выполняют селективную артериографию маточных сосудов для определения кровоснабжения миоматозного узла. Далее оценивают возможность проведения ЭМА и значимость коллатерального кровотока.

Суть технологии **ФУЗ-абляции (MRgFUS*)** заключена в сфокусированном воздействии на ткани миомы

* MRgFUS — магнитно-резонансная направленная ультразвуковая хирургия (Magnetic Resonance-Guided Focused Ultrasound Surgery).

высокочастотного ультразвука. Метод позволяет подвергать деструкции **только миоматозный узел**, не затрагивая окружающие ткани¹¹. В течение нескольких секунд происходит нагревание тканей в зоне воздействия до температуры 55–85 °С, которой достаточно для развития сухого коагуляционного некроза. Одновременно с этим проводят МРТ-мониторинг температурных показателей и пространственных структур, благодаря чему метод максимально безопасен, специфичен, а главное — эффективен¹⁰.

Неинвазивность метода позволяет не только поддерживать курс на ор-

ганосбережение, но и избегать даже минимального хирургического вмешательства и сопряжённых с ним рисков. К тому же ФУЗ-абляцию выполняют в амбулаторных условиях, пациентки не теряют трудоспособность, и им не нужен восстановительный период, а сам способ лечения абсолютно безболезнен.

Однако, учитывая большое количество «плюсов» технологии, в разработанном протоколе лечения миомы матки ФУЗ-абляция представлена как метод выбора. К сожалению, ввиду высокой стоимости метод не нашёл широкого применения.

Из хирургии в терапию

Медицина сегодня идёт в направлении отказа от радикальных методов лечения к более щадящим и менее инвазивным. Акушерство и гинекология, конечно, не исключение, и замена скальпеля на таблетку может принести довольно перспективные плоды. Тренд к сокращению хирургического воздействия оправдан не только современными веяниями медицины, но и тем, что это финансово выгодно. К тому же чем

проще и доступнее будет тот или иной метод лечения, тем выше будет **комплаентность** пациенток.

В обсуждаемом протоколе впервые прозвучала очень важная мысль: **медикаментозное лечение при миоме относят к терапии первой линии**. Бессимптомные миомы небольших размеров **требуют не лечения**, а лишь динамического наблюдения (уровень доказательности IA).

В протоколе лечения представлены группы препаратов, рекомендуемых пациенткам с **симптомной** миомой матки.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). В Кокрейновском обзоре 2013 года показано, что НПВС могут сокращать менструальную кровопотерю. Помимо этого благодаря возможности снижать активность циклооксигеназы (ЦОГ-2) и уровень простагландинов НПВС уменьшают болевой синдром (уровень доказательности B).

[Чем проще и доступнее метод лечения, тем выше будет комплаентность пациенток. Медикаментозное лечение при миоме относят к терапии первой линии. Бессимптомные миомы небольших размеров требуют не лечения, а лишь динамического наблюдения.]

Транексамовая кислота представляет собой ингибитор фибринолиза, т.е. оказывает гемостатический эффект. По своему действию транексамовая кислота схожа с ϵ -аминокапроновой, но в 20–30 раз сильнее¹³. Результаты исследований доказывают, что транексамовая кислота значительно снижает объём кровопотери при миоме матки, благодаря чему препарат рекомендован для терапии обильных кровотечений (уровень доказательности B).

Прогестагены вызывают атрофию эндометрия за счёт блокирующего действия на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось¹⁴. Благодаря этому происходит снижение объёма кровопотери, и уровень гемоглобина постепенно восстанавливается. Помимо того прогестагены используют для профилактики гиперплазии эндометрия, которая может сопровождать миому матки (уровень доказательности B). Таким образом, прогестагены не оказывают влияния на стабилизацию или уменьшение роста миоматозных

узлов. Однако их используют на протяжении непродолжительного времени в качестве лекарственных средств для уменьшения объёма аномальных маточных кровотечений и повышения уровня гемоглобина, а также для профилактики гиперпластических процессов эндометрия, сопряжённых с миомой матки (уровень доказательности B).

Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) — синтетические белки, которые вызывают гипострогенизм за счёт подавления гипофизарно-яичниковой функции. Ещё в 1999 году лейпролида ацетат (в США) был одобрен как препарат первой линии для лечения миомы. Биологические эффекты аГнРГ способствуют **сокращению объёмов матки и самих узлов**, уменьшению выраженности всех симптомов. Использование аГнРГ для предоперационной терапии при железодефицитной анемии достоверно снижает

кровопотерю во время операции. Однако применение данной группы препаратов несколько ограничено побочными эффектами медикаментозной менопаузы.

Согласно новым клиническим стандартам, при применении аГнРГ обязательна «терапия прикрытия» из-за риска эстрогендефицита. Продолжительность лечения ограничена 6 мес в связи с побочными эффектами (гипострогенизм, потеря минеральной плотности костной ткани), и в основном препараты этой группы используют как метод предоперационной подготовки. После отмены терапии через 2–3 мес объёмы миоматозных узлов приближаются к исходным параметрам. Послеоперационное противоречивое лечение аГнРГ не показано, так как оно снижает кровоснабжение матки и, следовательно, ухудшает заживление раны.

Особое место в протоколе занимают **селективные модуляторы прогестероновых рецепторов**. В документе приведено указание на **предпочтительность** назначения

улипристала ацетата (УПА), препарата этой группы*. Подобная рекомендация опирается на многолетние исследования, которые соответствовали критериям доказательной медицины; научные работы были проведены в 2008–2014 годах в 11 европейских странах¹⁵.

Показано, что УПА достоверно уменьшает маточные кровотечения (следовательно, останавливает дальнейшую анемизацию и создаёт основу для восстановления уровня гемоглобина), а также уменьшает размеры миоматозных узлов за счёт тканеспецифического действия на прогестероновые рецепторы¹⁷. Максимальное ограничение кровопотери происходит в рекордно короткие сроки — значительно быстрее, чем при использовании препаратов группы аГнРГ¹⁶. Такие данные были получены в рамках исследования PEARL II: среднее время до наступления аменореи составило 7 дней для пациенток, получавших 5 мг УПА, 5 дней — при приёме 10 мг и 21 день — для тех, кто получал лейпролида ацетат.

Поскольку УПА способствует установлению аменореи, это позволяет рекомендовать этот препарат для предоперационных мероприятий. Важным преимуществом УПА при подготовке к хирургическому вмешательству служит ещё и то, что эта субстанция, в отличие от препаратов аГнРГ, не влияет на состояние псевдокапсулы узла¹⁸, что облегчает его вылушивание в процессе миомэктомии. УПА сокращает выраженность болевого синдрома, повышая тем самым качество жизни, и провоцирует значительно меньшее количество побочных эффектов по сравнению с аГнРГ¹⁹.

Однако эти же свойства УПА (ограничение кровопотери, уменьшение размеров миоматозных узлов, снижение выраженности болевого синдрома и малое число побочных эффектов) позволяют применять препарат в составе длительной терапии, о чём говорят данные многолетних многоцентровых рандомизированных исследований, проведённых за рубежом. Всё это позволяет возлагать на препарат большие **надежды** в плане возможного перехода в будущем от хирургической стратегии лечения к полностью терапевтической.

* Препарат под торговым названием «Эсмия» зарегистрирован в РФ в 2012 году.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ

УПА: доказательная база

С 2008 по 2014 год в 11 европейских странах был проведён цикл многоцентровых рандомизированных исследований, в ходе которых изучали эффективность и безопасность УПА в терапии миомы матки.

В рамках исследования **PEARL I**¹⁸ оценивали действие УПА в качестве препарата для предоперационной подготовки пациенток с миомой. Группа сравнения получала плацебо. Результаты: приём УПА достоверно **повышает уровень гемоглобина и гематокрит**, одновременно сокращая выраженность клинических проявлений миомы.

Исследование **PEARL II**¹⁷ было посвящено анализу эффективности УПА в отношении купирования меноррагий. Препарат применяли в разных дозировках (по 5 и 10 мг) и достигнутые результаты сравнивали с таковыми у принимавших лейпрорелина ацетат 1 раз в месяц в дозе 3,75 мг.

Результаты: у пациенток всех групп отмечена положительная динамика, причём итоги приёма 5 мг УПА и 3,75 мг лейпрорелина ацетата одинаковы. Тем не менее число побочных эффектов в последней группе оказалось в 4 раза выше, чем в других. Спустя 6 мес **после окончания** терапии у получавших УПА **не зарегистрировано увеличения размеров матки**, в то время как после курса агНРГ у большинства пациенток размеры матки вернулись к начальным через полгода после завершения терапии.

Летом 2014 года были опубликованы данные следующего этапа исследования, названного **PEARL III**²¹, в ходе которого оценивали влияние УПА на состояние эндометрия, размеры узлов и интенсивность меноррагий. Выводы учёных оказались однозначными: **УПА уменьшает кровопотерю и размеры миоматозных узлов, не вызывая при этом гиперплазию эндометрия**.

Результаты исследования **PEARL IV**²² были обнародованы в октябре 2016 года. В рамках рандомизированного двойного слепого исследования параллельных групп (451 участника) изучали эффективность и безопасность двух последовательных курсов УПА длительностью по 3 мес каждый (перерыв между курсами составлял около 2 мес) у пациенток с миомой, сопровождавшейся меноррагиями.

Женщин разделили на две группы: в первой пациентки принимали 5 мг УПА в день, во второй — 10 мг УПА. Результаты: после каждого курса сокращался объём менструальных выделений по сравнению с исходным уровнем. После второго курса терапии произошло **сокращение объёма миомы** — на 54% у исследуемых первой группы и на 58% у пациенток второй группы. Болевой синдром купировался, качество жизни улучшилось в обеих группах. Женщины хорошо переносили лечение, несмотря на его длительность. Отказ от продолжения лечения был зафиксирован только у 5% участниц.

Что осталось за кадром?

Сегодня мы знаем про тактику ведения больных миомой матки многое, но далеко не всё — нерешённых вопросов осталось ещё немало.

Безусловно понятно, что делать с миомой, имеющей клинические проявления, или с узлом больших размеров. Здесь главное — владеть технологиями, и все врачебные возможности достаточно подробно изложены в клинических рекомендациях. Однако абсолютно не ясно, какой должна быть тактика до того момента, пока миома не обретёт те характеристики, при наличии которых её начинают лечить методами, обозначенными в рекомендациях.

Что делать с бессимптомной миомой матки, которая ещё не требует лечения? Ответ образца 2016 года таков: в подавляющем большинстве ситуаций врачу нужно просто наблюдать за женщиной, пока не возникнут очевидные симптомы или пока матка не увеличится до размеров 12-недельной беременности. Однако верна ли такая «тактика бездействия»? И здесь пока ясности нет. Нет также чёткого понимания, когда можно начинать принимать УПА с целью лечения этого заболевания.

Быть может, стоит назначать консервативную терапию уже на этапе обнаружения узла, не дожидаясь его роста, и тем самым снизить количество возможных оперативных вмешательств? К тому же раннее начало консервативной терапии может не дать развиваться клиническим проявлениям, тем самым сохранив хорошее качество жизни пациентки. Однако время, когда мы сможем опираться на чёткие доказательства эффективности **исключительно медикаментозного лечения с упредительной целью**, пока не пришло, в чём настоящие клинические рекомендации пока категоричны.

Further investigations in this area are needed... Будем ждать.



Современный тренд в лечении миомы матки сводится к минимизации хирургического вмешательства — сегодня это очевидно. Вот почему выбор в пользу «малых» операций — уже сам по себе большой шаг к переходу на новый уровень решения проблемы. Следующий шаг — **медикаментозная подготовка** к операции. Такая тактика позволяет откладывать хирургическое вмешательство на нужный срок для стабилизации состояния пациентки, если это необходимо, и выполнять процедуру в более щадящем режиме, поскольку есть шанс сокращения размеров узла (или даже узлов).

На очереди следующий, несомненно революционный этап: благодаря медикаментозной терапии **скорее всего** окажется возможным вообще избежать у ряда пациенток с миомой матки оперативного лечения. Доказательства копятся, а пока будем пользоваться теми документами, которые основаны **на уже доказанном**. Минздрав «дал добро» — теперь осталось только внедрить клинические рекомендации в практическую работу. **SP**

Библиографию см. на с. 146—150.

очевидное невероятное

Спонтанный разрыв матки в родах: клинический случай



Авторы: Ирина Олеговна **Буштырева**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктивной медицины №4 Ростовского ГМУ; Виктор Владимирович **Чернавский**, канд. мед. наук, доц. той же кафедры; Александр Валерьевич **Буштырев**, аспирант той же кафедры; Елена Владимировна **Хопрячкова**, врач-интерн той же кафедры (Ростов-на-Дону)

В этом номере журнала мы продолжаем рассматривать ситуации возникновения такого грозного осложнения, как **разрыв матки**. В литературе описан широкий спектр клинических проявлений этого состояния — от стёртых неспецифических симптомов до явных признаков геморрагического шока вследствие внутрибрюшного кровотечения. В настоящей публикации приведён случай **полного разрыва матки в области дна** у повторнородящей женщины без характерных анамнестических данных в сроке гестации 32 нед 3 дня, который не сопровождался кровотечением и закончился рождением живого ребёнка.

Как мы уже писали в предыдущем выпуске журнала, в современном акушерстве превалирует разрыв матки по уже существующему рубцу, и чаще всего такая ситуация возникает в процессе родов, а не во время беременности¹.

Морфологическим субстратом для начала разрыва служат **гистопатические изменения миометрия** в месте расположения рубца², а пусковым фактором — воздействие на скомпрометированный орган физических сил, как внешних (акушерские инструментальные и мануальные пособия), так и внутренних (например, перерастяжение матки во время

схватки на фоне клинически узкого таза, многоводия или многоплодия).

При качественно проведённом отборе беременных с рубцом на матке, которым разрешают роды *per vias naturales*, осложнения редки, и даже возникающая несостоятельность рубца заканчивается своевременно выполненной повторной операцией кесарева сечения. Критические состояния у роженицы или новорождённого вследствие разрыва матки скорее свидетельствуют об **организационных или диагностических дефектах** при оказании акушерской помощи. Однако бывают ситуации, которые не укладываются в привычную схему.

[Морфологическим субстратом для начала разрыва матки служат гистопатические изменения миометрия в месте расположения рубца, а пусковым фактором — воздействие на скомпрометированный орган физических сил, причём как внешних, так и внутренних.]

Ничего необычного

28 марта 2015 года в 03:02 беременная К., 34 лет, обратилась за помощью в перинатальный центр Ростовской области по поводу ноющих болей нерегулярного характера внизу живота. По данным анамнеза, настоящая беременность — третья. Первая в 2010 году замерла на сроке 8 нед, по поводу чего был выполнен **кюретаж полости матки** (послеоперационный период протекал без осложнений). Вторая в 2013 году окончилась своевременными физиологическими родами (новорождённый массой 3000 г, длиной 50 см). Из анамнеза также известно, что в 2006 году пациентке выполняли диагностическую лапароскопию, а в 2010 году — гистероскопию по поводу полипа эндометрия с последующим выскабливанием стенок полости матки.

[Нарушения ритма сердца плода (тахи- или брадикардия, переменные поздние или продолжительные децелерации) достаточно распространены и могут быть наиболее ранними и достоверными симптомами угрозы разрыва — описанный случай это подтверждает.]

На этапе прегравидарной подготовки была выявлена генетически детерминированная тромбофилия: с 6 нед гестации пациентка получала низкомолекулярные гепарины. По поводу текущей гестации женщина состояла на учёте в женской консультации с 11 нед. Беременность протекала без осложнений.

Накануне госпитализации в том же перинатальном центре были выполнены ультразвуковое (УЗИ) и доплерометрическое исследования, а также кардиотокография (КТГ).

- **При осмотре:** состояние удовлетворительное, матка умеренно возбуждена при пальпации.
- **Влагалищное исследование:** шейка матки длиной 1 см, мягкая, центрирована, наружный зев закрыт, предлежит головка плода, расположена над входом в малый таз (6 баллов по шкале Бишопа).
- **УЗИ:** выявлены умеренное многоводие, аномальное прикрепление пуповины (краевое).

- **КТГ:** в пределах нормы (проведён реактивный нестрессовый тест), сократительная активность матки отсутствует.

- **Лабораторные исследования:** в общем анализе крови обнаружен лейкоцитоз ($17,7 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом влево; биохимические показатели и гемостазиограмма находились в пределах нормы.

На основании полученных данных были установлены угроза преждевременных родов в сроке 32 нед 3 дня и умеренное многоводие, в связи с чем было принято решение провести профилактику респираторного дистресс-синдрома плода дексаметазоном (24 мг) и токолитическую терапию гексопреналином (20 мкг внутривенно капельно) в сочетании с интравагинальным введением микронизированного прогестерона (400 мг).

Внезапные проблемы

На фоне проводимой терапии возбудимость матки снизилась, однако через 5 ч с момента госпитализации у беременной **появились схваткообразные боли в нижних отделах живота** длительностью по 25–30 сек через 8–9 мин. Матка **при пальпации** безболезненная, с чёткими контурами, вне схватки расслабляется полностью. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 в минуту. **При влагалищном исследовании:** шейка матки мягкая, центрирована, сглажена, открытие маточного зева — 2 см, плодный пузырь цел. Предлежащая часть (головка плода) малым сегментом во входе в малый таз.

Был выставлен диагноз: «I период вторых преждевременных родов в сроке 32 нед 3 дня». Роды решено вести через естественные родовые пути с КТГ-мониторированием. Через час роженица пожаловалась на боль в гипогастрии

с иррадиацией в поясничную область. На КТГ появились глубокие переменные децелерации до 60 в минуту на фоне ослабления схваток. Принято решение закончить роды путём операции кесарева сечения в **экстренном порядке**. При этом основным показанием для абдоминального родоразрешения стали **признаки страдания плода**.

Неожиданное открытие

28 марта 2015 года в 09:45 при операции кесарева сечения извлечён **живой недоношенный новорождённый** массой 1900 г с оценкой по шкале Апгар 3/5 баллов. При ревизии обнаружен **сквозной дефект (!)** стенки матки в области дна размером 4×5 см, не кровил. Края раны иссечены в пределах здоровых тканей, матка ушита двурядными викриловыми швами. Введён 1 мл (100 мкг) карбетоцина внутримышечно. Кровопотеря составила 1000 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 5-е сутки женщину в удовлетворительном состоянии выписали под наблюдение врача женской консультации. На 8-е сутки недоношенный ребёнок был переведён на второй этап выхаживания из отделения реанимации новорождённых и через месяц в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Обсуждая случившееся

Резюмируя клинический случай, можно предположить, что наиболее вероятной причиной разрыва матки стал рубец на месте **недиагностированной перфорации стенки** во время инструментального выскабливания по поводу полипа эндометрия либо во время медицинского аборта.

Почему разрыв не наступил в предыдущих родах, а случился во время настоящих? По всей видимости, многоводие, пусть и умеренное, привело к перерастяжению миометрия, что в итоге стало решающим в патогенезе описываемого осложнения.

Принято считать, что разрыв матки происходит только в случае осложнённого течения родов при обязательной яркой клинической картине, однако это не совсем так. Ещё Г. Гентер говорил, что совершившийся разрыв «...характеризуется наступлением зловещей тишины в родильном зале после многочасовых криков и беспокойного поведения роженицы». Женщина в этом случае становится апатичной, угнетённой, кожные покровы бледнеют, появляется холодный пот, учащается пульс — иными словами, развивается **картина болевого и геморрагического шока**³.

К сожалению, стоит отметить, клиническая картина далеко не всегда бывает классической, что значительно затрудняет диагностику. Нарушения ритма сердца плода (тахии- или брадикардия, переменные поздние или продолжительные децелерации) достаточно распространены и могут быть наиболее **ранними и достоверными симптомами** угрозы разрыва⁴, и описанный клинический случай это только подтверждает.



Перфорация матки — **вероятное осложнение** практически всех внутриматочных вмешательств, а формирующийся на месте дефекта рубец не только **потенциально опасен** в плане разрыва, но и чрезвычайно труден для диагностики из-за возможной нетипичности проявлений. Главная опасность этой ситуации в том, что перфорация **может остаться нераспознанной**, и наличие несостоятельного рубца станет для акушера неприятным открытием.

Своевременное и правильно принятое решение команды врачей помогает избежать многих осложнений и улучшить прогноз как для матери, так и для её ребёнка. В предупреждении подобных ситуаций могут помочь тщательный сбор анамнеза, выявление факторов риска, способствующих разрыву матки, и характерных признаков этого повреждения, рациональный подход к ведению родов. Все эти организационные мероприятия, несомненно, будут способствовать снижению частоты разрывов матки. **SP**

Библиографию см. на с. 146—150.



STATUSPRAESENS НА СТОЛ КАЖДОГО ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА!

Получайте самые свежие научные данные, узнавайте о динамике нормативно-правовой базы, погружайтесь в обсуждения клинических случаев и протоколов, находите достоверные статистические данные и актуальные литературные ссылки в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак»!

РАСШИРЯЙТЕ ГРАНИЦЫ ЗНАНИЙ ВМЕСТЕ С ЖУРНАЛОМ STATUSPRAESENS! НЕ ЖДИТЕ, КОГДА ЖУРНАЛ ПРОЧИТАЮТ ВАШИ КОЛЛЕГИ, ПОДПИШИТЕСЬ САМИ!

Стоимость подписки на 2016 год составляет всего 1200 руб.* (6 номеров). Подпишитесь на журнал сегодня, и мы вышлем вам все номера, которые уже появились в текущем году. Вы также можете оформить подписку на любой номер журнала, указав в назначении платежа, какой именно номер вы хотели бы получить. Стоимость одного номера составляет 200 руб.

** Для жителей республик Беларусь и Казахстан стоимость годовой подписки составляет 2400 руб.*

РЕДАКЦИОННАЯ ПОДПИСКА

Скачайте и заполните квитанцию на оплату на сайте www.praesens.ru/89. Оплатите квитанцию в любом банке, затем обязательно проинформируйте нас об оплате по тел.: +7 (499) 346 3902, доб. 503, или по e-mail: umb@praesens.ru. Ожидайте журнал по почте бандеролью.

ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ STATUSPRAESENS МОЖНО НА «ПОЧТЕ РОССИИ»

Каталог агентства «Роспечать»: раздел «Журналы», рубрика «Медицина»
Подписной индекс: 25135

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23.12.2008 г.

НАШИ КОНТАКТЫ

+7 (499) 346 3902
ova@praesens.ru
www.praesens.ru
vk.com/praesens
facebook.com/Stpraesens
instagram.com/statuspraesens
105005, Москва, а/я 164,
StatusPraesens

150 ЯРКИХ СТРАНИЦ САМОЙ ПОЛЕЗНОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ВАС!

61% ПРОГРЕССИВНЫХ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ СТРАНЫ УЖЕ ЧИТАЮТ STATUSPRAESENS! А ВЫ?