

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#3 [32] 06 / 2016 / StatusPraesens



ISSN 2074-2347
9 772074 234773
16003

тема
No
номера

Акушерство. Уроки высшего пилотажа

Перекличка перинатальных центров России за 2014 год • Оплата медицинской помощи из средств ОМС: кому, когда, за что? • Спайки в малом тазу: профилактика возможна! • Gardnerella vaginalis, Atrobium vaginae и бактериальный вагиноз: российское исследование • Резус-конфликт матери и плода: доколе? • Вся правда о тромбофилиях • Теломерный механизм старения: зачем о нём нужно знать клиницисту? • Препараты железа и запоры: увеличиваем риск выкидыша? • Клинический случай успешного ведения беременности и родов у женщины с аневризмой аорты • Терапия ВЗОМТ: клинический протокол



Уважаемые коллеги!

Нам с вами выпало жить и работать в непростое время: экономический кризис, санкции, нестабильный уровень доходов населения, повсеместно растущая критика отечественной медицины, далеко не всегда имеющая под собой объективные основания. И всё же могу отметить, что и в таких жёстких рамках нам **удаётся сделать многое**.

Третий год подряд в стране можно наблюдать **естественный прирост** населения, причём в 2015 году эту тенденцию отмечали более чем в половине регионов. Россия достигла одной из целей тысячелетия, поставленных ВОЗ перед мировым сообществом, существенно снизив **показатель материнской смертности**. Ещё одним поистине революционным прорывом стали организация в стране **перинатальных центров** и внедрение принципа **маршрутизации** пациенток. За столь значимыми достижениями отрасли в целом стоит **ежедневное** самосовершенствование каждого из нас, познание нового, что предлагают современная наука и мощный базис десятилетиями оттачиваемых классических методик.

Вместе с тем знакомство с ситуацией во многих наших регионах показывает, что, несмотря на очень серьёзные вложения в отрасль, мы порой **буксуем на простых вещах**. Медленно идут внедрение современных перинатальных технологий, новых клинических рекомендаций. Человеческий фактор и устаревшие установки, прикрытые ложным понятием «наша школа», или «наше кредо», тормозят естественные процессы развития специальности.

К **перспективным направлениям** я отношу специфическую иммунопрофилактику гемолитической болезни новорождённых, внедрение органосохраняющих операций в гинекологии, безальтернативность родов в целом плодном пузыре, особенно при преждевременных родах. Большого внимания клиницистов заслуживают вопросы сохранности «репродуктивного завтра» женщины, решившей прервать незапланированную беременность, которые обеспечивает выбор медикаментозного аборта и своевременной реабилитации. И самое важное — забота о здоровье современных подростков и молодёжи, которым в скором времени предстоит реализовать свою репродуктивную функцию.

Задач много, решение — одно: поддерживать свой профессиональный уровень, перенимать опыт коллег и делиться собственными наработками. И конечно, **помнить уроки** наших великих предшественников. Один из достойнейших примеров служения медицине показал основатель казанской школы акушерства и гинекологии **Викторин Грузев**, которого мы чествовали в его полувековой юбилей в феврале 2016 года.

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2
Казанского ГМУ, главный акушер-гинеколог
Приволжского федерального округа,
докт. мед. наук, проф. **И.Ф. Фаткуллин**

Status

гинекология акушерство

#3 [32]

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, проф. Виктор Евсеевич Рагзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@lily.ru)
Арт-директор: Алиса Володина. **Исполнительный арт-директор:** Лина Разгулина
Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов
Ответственный секретарь: Татьяна Анатольевна Добрецова
Заместители руководителя редакции: Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Катаева
Ответственные редакторы номера: Ольга Александровна Катаева,
Татьяна Анатольевна Добрецова
Научные эксперты: докт. мед. наук, проф. Игорь Николаевич Костин, Ольга Дмитриевна Руднева,
канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев
Медицинские и литературные редакторы: Хильда Симоновская, Ольга Катаева, Юлия Бриль,
Ирина Ипастова, Татьяна Добрецова, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Татьяна Рыжова,
Надежда Маркевич, Елена Матюхина, Евгения Розенберг, Наталия Артикова
Препресс-директор: Наталья Лёвкина
Выпускающие редакторы: Наталья Лёвкина, Марина Зайкова
Вёрстка: Юлия Скуточкина, Дмитрий Амплеев. **Инфографика:** Вадим Ильин, Роман Кузнецов,
Лина Разгулина, Валерий Кудяев, Юлия Крестьянинова
Корректоры: Елена Сосегова, Анастасия Валентей
Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Отдел подписки: Юлия Митрошенкова (umb@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Медиабюро Статус прэзенс» (121615, Москва, Рублёвское шоссе, д. 14, корп. 3, оф. 64). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус прэзенс» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус прэзенс» (105082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26в, стр. 2, оф. 618) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 5000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 11 июля 2016 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26в, стр. 2, бизнес-центр PostelPlaza, офис 618. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 104. Тел. 8 (499) 346 3902. Интернет-представительство: www.statuspraesens.ru. E-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в ЗАО «Алмаз-Пресс». Адрес: 109548, Москва, ул. Шосейная, д. 40 / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак») обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: (an Stock Photo Inc. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Фотобанк Лори.

- © 000 «Статус прэзенс»
- © 000 «Медиабюро Статус прэзенс»
- © Оригинальная идея проекта: Рагзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г.

STATUS Pra

гинекология акушерство бе

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9 СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

15 НОВОСТИ

17 МЕДПОЛИТ

Равняться на лучших!

Перекличка перинатальных центров России: итоги 2014 года
Костин И.Н., Ипастова И.Д.

28

Плюс на минус — всё равно минус

Профилактика иммуноконфликтной беременности:
проблемы и перспективы
Фаткуллин И.Ф., Субханкулова А.Ф., Мунавирова А.А.

Наиболее часто резус-отрицательную принадлежность крови выявляют у испанских басков — 30–32%, она почти отсутствует у африканцев, у европейцев её наблюдают у 15–16% населения. При отсутствии профилактики анти-D-иммуноглобулином суммарный риск резус-изоиммунизации у Rh(–)-женщин, беременных Rh(+)-плодом, составляет около 16%.

В России частота резус-сенсibilизации составляет 1,2 на 1000 новорождённых, мертворождаемость в результате несовместимости по резус-фактору достигает 18%, ГБПиН при резус-иммунизации матери регистрируют у 14–63% детей.

39 ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА

Тарифный план «оптимальный»

Интервью с представителями Федерального фонда ОМС
о системе финансирования
медицинской помощи в России

Иванов А.В.



В ст. 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» чётко определено, что тарифы устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников, включёнными в состав тарифной комиссии.

49

ПОСТАНТИБИОТИКОВАЯ
ЭРА

Наш ответ резистентности

Иммуномодулирующая терапия инфекций, передаваемых половым путём, с позиций доказательной медицины

Хрянин А.А.

59

CONTRA-VERSION

Тромбозы: Что? Где? Когда?

Современные подходы к профилактике тромбоэмболических осложнений во время беременности

Соловьёва А.В., Стуров В.Г., Руднева О.Д.



Иногда акушеры-гинекологи сами могут стать виновниками трагедии, направив на госпитализацию беременную с мифической «угрозой прерывания», ведь пребывание в стационаре само по себе увеличивает вероятность манифестации ВТЭ в 18 раз! Причём риск остаётся повышенным и после выписки — на 28-е сутки он всё ещё превышен в 6 раз.

В этом случае правомочно говорить о «ятрогенной тромбофилии», когда пациентка без веских на то оснований находится в условиях стационара в состоянии относительной вынужденной иммобилизации.

66

Горький шоколад — здоровая привычка

Обзор доказательств профилактических и терапевтических свойств фитокомплекса *Theobroma cacao*

Ди Ренцо Ж.К., Одинцова В.В.

73

VIA SCIENTIARUM

Тонкий лёд железодефицита

Постгеморрагические анемии у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста

Радзинский В.Е., Апресян С.В., Бриль Ю.А.

Этиологический фактор анемии, связанной с недостаточностью железа, дифференцирован: у подростков — меноррагии, у беременных — повышенная потребность в железе для роста плода, в репродуктивном и перименопаузальном возрасте — пролиферативные заболевания репродуктивной системы, сопровождающиеся кровопотерей.

StatusPraesens

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

83 ПЕХТ-PROSVET



Слышу голос из прекрасного далёка...

Антиэйджинговые стратегии в практике акушера-гинеколога
Андреева Е.Н., Симоновская Х.Ю., Труш М.В.

Способность половых гормонов сглаживать влияние оксидативного стресса и неспецифического воспаления за счёт прямого атеропротективного действия, а также стимуляции продукции NO/eNOS, простаглицлина и подавления синтеза эндотелина чрезвычайно актуальна для профилактики эндотелиальной дисфункции. Именно изнашивание эндотелия признано фундаментом, лежащим в основе развития большинства возраст-ассоциированных заболеваний, занимающих первые строчки в структуре причин смерти.

90

Не слипнется!

Новые возможности профилактики
перитонеальных спаек при ВЗОМТ

Дубинская Е.Д., Добрецова Т.А., Ипастова И.Д.

Основной слой, ответственный за инициацию формирования временных спаек, — матрица фибринсодержащего геля, включающего также лейкоциты, эритроциты, тромбоциты, повреждённый эндотелий и мезотелий, а также элементы клеточного распада (образовавшегося, например, во время операции либо при инфекционно-обусловленном повреждении брюшины). Именно этот гель покрывает поверхность брюшины и создаёт основу для формирования соединительнотканых тяжёлых-перемычек.

101 ДИСКУССИОННЫЙ
КЛУБ

Без лишнего отягощения

Коррекция анемии и запоры у беременных: выход
из фармакодинамического тупика

Смирнова Т.В., Лебедева М.Г., Симоновская Х.Ю., Артикова Н.Л.

Доказано, что частые при назначении препаратов железа нежелательные диспептические явления в виде тошноты и боли в эпигастриальной области зависят от дозы препарата, именно поэтому сгладить дискомфорт на начальном этапе терапии можно, титруя дозу или увеличивая промежутки времени. Побочные эффекты менее выражены, если препарат поступает с пищей, однако такая тактика снижает всасываемость микроэлемента более чем на 50%.

106

Они снизили заболеваемость РШМ на 80%

Интервью с Альбертом Сингером, соучредителем и попечителем Британского общества кольпоскопии и патологии шейки матки
Роговская С.И.

На кольпоскопию направляют пациенток с аномальным мазком по результату онкоцитологического исследования, т.е. в Великобритании кольпоскопия — второй этап диагностики, причём сразу с возможностью лечебных манипуляций. Лечение с её использованием проходит относительно легко, в 90% случаев предраковое состояние может быть излечено под местной анестезией.

115 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Польза и безопасность гестагенов: точки над «i»

О распространённых заблуждениях, касающихся применения гестагенов в клинической практике акушера-гинеколога

Радзинский В.Е., Манухин И.Б.

Сродство с рецепторами как минимум не единственный фактор, определяющий эффективность и безопасность препаратов. Имеют значение и другие: путь метаболизма, скорость элиминации и т.д. С точки зрения клинициста, наиболее близкой всякому практикующему врачу, главным критерием эффективности прогестагенов считают характеристики эндометрия — степень зрелости и синхронность его созревания, поскольку именно эти параметры напрямую коррелируют с успешностью имплантации плодного яйца.

122



Преступный дуэт

Частота выявления *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* у женщин с выделениями из влагалища и их связь с бактериальным вагинозом

Савичева А.М., Шипицына Е.В., Хуснутдинова Т.А. и др.

G. vaginalis и *A. vaginae* — практически универсальные маркеры бактериального вагиноза, и количественные методы существенно повышают специфичность исследования. Так, установлен диагностический порог концентрации ДНК этих микроорганизмов: *A. vaginae* $\geq 10^8$ копий/мл и *G. vaginalis* $\geq 10^9$ копий/мл. Выше этих значений можно диагностировать бактериальный вагиноз — с чувствительностью 100% и специфичностью 93%.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

130

Время внятной консультации

Инструменты выбора гормональной контрацепции: консультирование, алгоритм, мобильное приложение

Радзинский В.Е., Хамошина М.Б.

Практикующие врачи зачастую убеждены, что при назначении контрацептивов не обязательно погружать пациентку в нюансы механизмов действия конкретных препаратов. Эксперты ВОЗ убеждены: если консультативно-медицинское обслуживание по проблемам контрацепции, помимо комплексной оценки состояния здоровья пациентки, учитывает конкретные потребности каждой женщины, то оно должно быть признано единственно верным.

139 CASUISTICA

Драматическое акушерство

Клинический случай аневризмы аорты у беременной с синдромом Марфана
Медведь В.И., Янюта С.Н., Исламова Е.В., Коваль С.Д.



Прогрессированию (увеличению диаметра) и повышению риска расслоения аневризмы аорты способствуют характерные для гестации гемодинамические и гормональные изменения. Чаще всего расслоение аневризмы наступает в III триместре или в раннем послеродовом периоде. Согласно Европейским рекомендациям по ведению беременности у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями ESC-2011, все пациентки с установленным заболеванием аорты и/или увеличением диаметра её корня до зачатия должны быть проинформированы о потенциальном риске.

147 КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин

Основные подходы к ведению пациенток с ВЗОМТ: клинический протокол
Уткин Е.В., Артымук Н.В., Черняева В.И. и др.

Врачу важно понимание того, что каждый час запаздывания антибактериальной терапии ВЗОМТ повышает риск бесплодия в дальнейшем. Если лечение начато до истечения 48 ч после манифестации острого заболевания, вероятность последующей инфертильности у женщины составляет 8,3%, а на 3-и сутки риск достигает 19,7%. Основные усилия должны быть направлены на раннюю диагностику и адекватную терапию пациенток, поскольку от полноценности этих мероприятий зависит степень реабилитации и реализация репродуктивного потенциала.

154 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

акушерство классическое или перинатальное?

Проф. В.Е. Радзинский о современных акушерских тенденциях и уроках высшего пилотажа в профессии



Главный редактор
проф. Виктор Радзинский

В традиционном представлении клиницистов понятие «классическое акушерство» в качестве приоритета всегда выделяло интересы матери, хотя и состояние плода, безусловно, значимо. Примеров, когда **спасение жизни женщины**, если иного выбора не оставалось, было первоочередной целью, в практике любого акушера немало. Однако в последнее время всё активнее происходит внедрение **перинатально-го акушерства**, в рамках которого приоритетность состояния матери и плода равнозначна. Плод выступает в качестве полноценного пациента. Во многих программных документах перинатальные показатели не только названы основными критериями работы акушерско-гинекологической и педиатрической служб, но и отражают уровень медицинской помощи и перспективу развития государства в целом.

Удивительного на первый взгляд вопроса — современное акушерство следует считать классическим или перинатальным — могло бы и не быть, если бы не лавинообразный рост частоты кесаревых сечений. Практически везде в мире, и в России в том числе, каждые четвёртые роды — абдоминальные. Снизило ли это перинатальную смертность? Да, однако **цена «синдрома оперированной матки»** бывает чрезмерной. Несмотря на явное снижение числа послеродовых осложнений (замена кетгута синтетическими нитями!), отдалённые последствия хорошо изучены и описаны: спаечная болезнь, аномальные маточные кровотечения, вторичное бесплодие, вращение плаценты в рубец и многое другое.

Согласно результатам анализа и расчётам, выполненным проф. И.Н. Костиным, для снижения перинатальной смертности на 1‰ необходимо на 4% больше, чем в нынешней практике, выполнить операций кесарева сечения. Нереально! Уже сегодня акушеры выполняют **больше абдоминальных вмешательств** (кесаревых сечений), чем все хирурги, оперирующие преимущественно лапароскопическим доступом. И это, увы, не предел.



Стремление достичь «хороших» показателей при преждевременных родах заставляет врачей под прессингом администрации делать кесарево сечение в сроки, когда это заведомо бесполезно, — в 22–25 нед гестации.

Если вспомнить, что в 70-е годы XX века частота кесарева сечения в стране (СССР) в среднем не превышала 1–2% (!) при уровне перинатальной смертности 17‰, то результаты 2014 года — 25% и 7,4‰, соответственно, — выглядят не слишком оптимистично.

А вот что точно огорчает — и это очень мягко сказано! — тотальный уход от классического (Бумм, Гентер, Красовский, Персианинов, Бакшеев) акушер-

{слово главного редактора}

ства в... какое? «Перинатальное»? Проф. Ю.М. Блошанский, который 40 лет был главным акушером-гинекологом Москвы, назвал его «попсовым». Мне кажется, что это гениальная аналогия с классической музыкой, весьма востребованной в XVIII—XX веках; **на смену требующей таланта**, знаний и техники исполнения классике пришла современная попса. Толерантность в традиционном понимании требует не давать

на 60% снизить антенатальные потери. Собственно, этим и объясняется неэффективность «девятого вала»: каждое четвёртое кесарево сечение (25%) выполняют без императивных показаний, при этом врачи упускают из вида действительно необходимые 15% оперативных родоразрешений — женщинам с высоким (25 баллов и более) и сверхвысоким перинатальным риском (40 баллов и более).

[Действенная альтернатива лавине кесаревых сечений критически необходима. И это прежде всего повсеместное внедрение и грамотное использование стратификации перинатального риска.]

оценки, хорошо это или плохо, однако демократические права всё-таки позволяют дать крайне негативную оценку происходящим переменам.

Казалось бы, сама теория перинатального акушерства безупречна. Однако наши реалии таковы, что **сегодня мало врачей, умеющих** накладывать щипцы, принимать роды в тазовом предлежании, выполнять акушерские повороты. Я считаю позорным применять кесарево сечение для извлечения второго плода из двойни лишь на том основании, что он в поперечном положении. Клиницисты боятся даже малотравматичной современной мягкой вакуум-экстракции. Ведь с учётом вертикальных (без помощи персонала) родов ординаторы чаще участвуют в кесаревом сечении, чем в естественном родоразрешении.



Вышесказанное — не призыв срочно отказаться от кесарева сечения. Однако альтернатива лавине кесаревых сечений должна быть. И это прежде всего повсеместное внедрение и использование **стратегии перинатального риска!** Показатель антенатальной гибели плода не снизить путём увеличения частоты кесаревых сечений. В мире нет абсолютно надёжных способов оценки плода в утробе матери: УЗИ, КТГ, доплер и БФП суммарно дают не выше 56% точности. В свою очередь **программированные роды** в соответствии со степенью риска позволяют

Непонимание сути перинатального риска — основная причина недостаточного количества **программированных родов**. Именно поэтому мы с нетерпением ждём второго издания руководства «Акушерский риск».* Ведь, казалось бы, «незначимые» факторы: высшее образование, эмоциональные нагрузки, достижение отцом ребёнка возраста 40 лет — это уже три балла в соответствии со шкалой риска. Далее по мере накопления баллов по другим факторам можно получить **к сроку родов 22 балла** (анемия, отёки, прибавка массы и др.) — **средняя степень** риска.

Если в начале родов происходит излитие густо окрашенных меконием околоплодных вод, к ранее «накопленным» баллам риска можно прибавить ещё восемь: всего стало 30 баллов. Вот это как раз тот резерв, который в отсутствие перспективы быстрого родоразрешения можно использовать как показание к кесареву сечению. Именно в подобных клинических ситуациях кроются те самые **«неодогеланные» при наличии показаний 15%** оперативных родоразрешений.



Отдельно можно задуматься о родах пациенток с рубцом на матке. Это — **поле для контраверсий**. На клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН количество родоразрешённых *per vias naturales* женщин с предшествовавшим

кесаревым сечением достигало в разные годы 32—36%. Однако в последние два года не только не увеличивается, но даже снижается. В целом такая тенденция объяснима: нагрузка на дежурную бригаду стала больше, а вести такие роды надо «с рукой на матке», именно поэтому проще сделать повторное кесарево сечение во избежание осложнений у роженицы и лишних рубцов на миокарде врача.

С другой стороны, естественные роды у женщины с рубцом на матке — высшая степень акушерского мастерства, тот самый **«высший пилотаж»**. После почти повсеместного отказа от акушерских щипцов врачу как никогда необходимы чёткие знания, умение выбрать время, используя программированные или спонтанно начавшиеся роды, мониторировать эффективность сократительной деятельности матки и — главное — не упорствовать во избежание разрыва, но и не бояться его, быть готовым к операции в каждый отрезок времени. Нет большей радости, чем слова женщины: «После естественных родов я стала другой, после кесарева этого ощущения не было».



Как обычно, в этом выпуске журнала StatusPraesens читателей ждёт немало дискуссионных тем и поводов задуматься о профессии как с практической точки зрения, так и через призму эмоций. В журнале представлены: драматическое акушерство — то, что было, есть и всегда будет в нашей жизни; работа врача в цифровую эпоху — событие пока мало распространённое, но активно входящее в нашу жизнь; небесспорные мысли о тромбозах в акушерской практике; иммуноконфликты... Словом, всё то, что поможет акушеру в его повседневной и всегда опасной профессиональной жизни. Это же станет апофеозом предстоящих «Сочинских контраверсий» (сентябрь 2016 года).

До встречи на страницах журнала SP и в Сочи! **SP**

* Выпуск книги «Акушерский риск» запланирован на первую декаду 2017 года.

тарифный план «ОПТИМАЛЬНЫЙ»

Интервью с представителями Федерального фонда ОМС о системе финансирования медицинской помощи в России

Беседовал: Александр Васильевич Иванов,
StatusPraesens (Москва)

Российской системе обязательного медицинского страхования (ОМС) уже больше 25 лет, и в течение всего этого времени **не прекращаются споры** о принципах финансирования здравоохранения, размерах тарифов, обоснованности финансовых санкций и квалификации экспертов качества медицинской помощи. Законодательство меняется, требуя от фондов ОМС и страховых компаний более активной **защиты прав застрахованных**, но устойчивый стереотип «мы стоим по разные стороны баррикад» явно не способствует диалогу между медицинским и страховым сообществами. Взаимное непонимание клиницистов, экономистов и организаторов здравоохранения, привычка считать свою точку зрения единственно верной не просто неконструктивны — в конечном счёте за все последствия такого положения дел **расплачиваются пациенты**. Временем, деньгами, здоровьем, а иногда и жизнью.

Этим интервью с представителями Федерального фонда ОМС А.В. Устюговым и О.В. Верховодовой журнал StatusPraesens **открывает цикл публикаций**, призванных упразднить «белые пятна» в представлениях практикующих специалистов, заведующих отделениями и главных врачей о существующей системе финансирования и организации оказания медицинской помощи.

SP В декабре 2015 года были изданы новые «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств ОМС». Насколько они обязательны для применения в регионах при расчётах тарифов территориальных программ ОМС?

Антон Устюгов (А.У.): Прежде всего важно понимать, почему такие документы издаются. Напомню, что в соответствии со ст. 2 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании

в Российской Федерации» правительство устанавливает порядок издания официальных разъяснений, призванных обеспечить **единообразное применение закона**. Постановление правительства РФ от 31.12.2010 №1226 закрепляет соответствующие права за Минздравом России и уточняет, что такие разъяснения можно издавать совместно с Федеральным фондом ОМС.

В ст. 35 Закона №326-ФЗ сказано, что базовая программа ОМС, в которой определены в том числе все возможные способы оплаты, — это часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которую ежегодно утверждает правительство РФ. Важно подчеркнуть, что программа госгарантий содержит **«закрывать» перечень способов оплаты** — в любом регионе затраты на оказание помощи по ОМС можно возмещать только так, а не иначе.

То есть для правильного исполнения всеми субъектами и участниками



Антон Владимирович Устюгов, начальник финансово-экономического управления Федерального фонда ОМС

ми ОМС требований Закона №326-ФЗ и программы госгарантий Минздрав России вместе с Федеральным фондом ОМС определили единые подходы к расчёту тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на 2016 год и направили их в регионы в виде методических рекомендаций. Несмотря на то, что этот документ не имеет статуса нормативного правового акта, его нужно рассматривать как **официальные разъяснения** уполномоченных органов по единообразному применению закона. Поэтому все региональные тарифные комиссии должны его выполнять.

Федеральный фонд ОМС сначала аккумулирует средства ОМС — страховые взносы работодателей за работающее население и органов государственной власти субъектов РФ за неработающих граждан, а затем распределяет их по регионам по единой методике, утверждённой правительством РФ. В соответствии с бюджетным законодательством и Законом №326-ФЗ все средства, предоставляемые из бюджета Федерального фонда ОМС, имеют строго **целевое назначение**. Очень важно понимать, что и равные условия для финансирования помощи, оказываемой в любых медицинских организациях, и её сопоставимую

доступность и качество для всех застрахованных по ОМС обеспечивает только **единая тарифная политика**. Напомню, что такая политика реализуется в нашей стране с 2013 года, а до 2011 года межрегиональные различия тарифов ОМС доходили до 25 раз.

Ольга Верховодова (О.В.): Хотелось бы отметить, что методические рекомендации 2016 года содержат ряд новаций. Впервые установлены единые правила оплаты медицинской помощи, оказываемой не только в условиях круглосуточного и дневного стационаров, но и в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи. С учётом результатов трёхлетней работы по внедрению оплаты по клинко-статистическим группам (КСГ) мы усовершенствовали модель возмещения затрат на стационарную помощь. Над этим работали не только Минздрав России и Федеральный фонд ОМС — в целях более сбалансированного и справедливого распределения средств мы **привлекли клиницистов:** акушеров-гинекологов, неонатологов, хирургов, онкологов, эндокринологов, нефрологов, офтальмологов и других специалистов.

В 2016 году также впервые предусмотрено разделение КСГ по условиям оказания медицинской помощи: в круглосуточных стационарах (308 КСГ) и в дневных стационарах (118 КСГ). Основная задача, которая стояла перед разработчиками новой модели, — сделать так, чтобы в тарифах была учтена **разница в затратах** на оказание медицинской помощи с учётом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, выполнения углублённых исследований и других составляющих стоимости законченного случая лечения.

Конечно, мы продолжаем развивать модель оплаты — это **постоянный процесс**. Однако из этого вовсе не следует, что установленные сегодня методические принципы формирования тарифов на оплату медицинской помощи за счёт средств ОМС можно не соблюдать.

SP Контролирует ли ФФОМС правильность расчётов и обоснованность тарифов в субъектах РФ?

А.У.: Да, конечно. Федеральный фонд ОМС в рамках своих полномочий,

которые перечислены в ст. 33 Закона №326-ФЗ, **контролирует выполнение законодательства** в сфере обязательного медицинского страхования и использование средств ОМС, в том числе оценивает соблюдение единой тарифной политики в регионах. В 2014 году Закон №326-ФЗ был дополнен нормой, в соответствии с которой **Федеральный фонд ОМС утвердил требования к структуре и содержанию тарифных соглашений**. Это приказ ФФОМС от 18.11.2014 №200 — он зарегистрирован Минюстом России, и его положения обязательны для применения всеми тарифными комиссиями без исключения.

Формы контроля, применяемые Федеральным фондом ОМС, — анализ тарифных соглашений на предмет их соответствия закону, подзаконным нормативным правовым актам и единой методологии расчёта тарифов на оплату медицинской помощи, **постоянный мониторинг** вносимых в тарифные соглашения изменений, выездные контрольные мероприятия. При выявлении нарушений принимаются меры, предусмотренные законодательством: от уведомления высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ с требованием обеспечить приведение тарифного соглашения в соответствие с



Ольга Владимировна Верховодова, заместитель начальника управления модернизации системы ОМС Федерального фонда ОМС

федеральными нормативными актами до направления результатов проверки в прокуратуру.

SP К чьей компетенции относится повышение тарифов на оплату медицинской помощи при рождении детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела?

А.У.: В ст. 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» чётко определено, что тарифы устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников, включёнными в состав тарифной комиссии. То есть территориальный фонд ОМС или страховые медицинские организации не устанавливают тарифы единолично. Повторю, что состав тарифных комиссий формируют и представители **медицинских профессиональных некоммерческих организаций**. Эта норма закона направлена на достижение баланса интересов всех субъектов и участников системы ОМС.

О.В.: Отмечу, что федеральными методическими рекомендациями предусмотрена возможность тарифной комиссии **регулировать размеры тарифов**. Например, это касается коэффициента уровня оказания медицинской помощи, который учитывает разницу в затратах с учётом тяжести состояния пациента, осложнений и проведения углублённых исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи. В этом случае методические рекомендации устанавливают только **диапазон значений**, а конкретный показатель утверждает тарифная комиссия. Или управленческий коэффициент,

максимальное значение которого может составлять 1,4, и коэффициент сложности лечения пациента — до 1,8. Применение тарифными комиссиями коэффициентов позволяет увеличить размер финансового обеспечения помощи по отдельным КСГ на 40–80%.

Если говорить непосредственно о случаях оказания медицинской помощи детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела, то нужно отметить следующее. Для таких КСГ в 2016 году предусмотрено **беспрецедентное увеличение базовой ставки** с помощью коэффициента относительной затратоёмкости — в 14,5 раза! Это на 20% больше, чем было в 2015 году. Кроме того, установлен запрет на применение понижающих управленческих коэффициентов для медицинской помощи детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела — разрешены только повышающие.

Все случаи сверхдлительного пребывания таких новорождённых (как правило, более 30 дней — кроме КСГ, для которых установлен «порог» в 45 дней) должны оплачиваться с учётом **реального количества дней**, проведённых в круглосуточном стационаре. Тарифная комиссия вправе установить повышающий коэффициент сложности лечения согласно «Инструкции по группировке случаев, в том числе правил учёта дополнительных классификационных критериев», одобренной решением рабочей группы Минздрава России по подготовке методических рекомендаций.

SP Правильно ли оплачивать в разном размере акушерскую помощь стационаров I, II и III уровней при мертворождении?

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №3 (32)



© iStock Productions / Shutterstock.com

[Территориальный ФОМС или страховые медицинские организации не устанавливают тарифы единолично, потому что состав тарифных комиссий формируют и представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций.]



преступный дуэт

Частота выявления *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* у женщин с выделениями из влагалища и их связь с бактериальным вагинозом



Авторы: Алеwtина Михайловна **Савичева**, докт. мед. наук, проф., зав. лабораторией микробиологии НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта; Елена Васильевна **Шипицына**, докт. биол. наук, ст. научный сотрудник той же лаборатории; Татьяна Алексеевна **Хуснутдинова**, научный сотрудник той же лаборатории; Анна Александровна **Крыканова**, научный сотрудник той же лаборатории; Ольга Викторовна **Будиловская**, научный сотрудник той же лаборатории; Елена Владимировна **Рыбина**, бактериолог той же лаборатории; Надежда Евгеньевна **Воробьева**, канд. мед. наук, научный сотрудник отдела эндокринологии репродукции НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта (Санкт-Петербург)

Копирайтинг: Надежда Маркевич, Татьяна Рябинкина

Отношение клиницистов к такому распространённому состоянию, как бактериальный вагиноз (БВ), за 30 лет существования диагноза коренным образом **пересмотрено**. Ранее полагали, что безобидный избыточный рост анаэробных микроорганизмов можно легко подавить метронидазолом. Однако теперь стало очевидно, что, во-первых, к бактериальному вагинозу надлежит относиться **более внимательно**: он снижает качество жизни женщины, сопряжён с риском воспалительных заболеваний мочеполовых органов и серьёзных осложнений во время беременности¹⁻⁴. А во-вторых, его не так просто одолеть: у 60% женщин наблюдают повторный эпизод БВ в течение 12 мес после завершения лечения⁵, что в некоторых случаях может быть объяснено устойчивостью бактерий к метронидазолу⁶.

Недавние исследования показывают, что, хотя с этим патологическим состоянием связан целый спектр бактерий, ключевым микробным компонентом выступает ассоциация *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae*^{7,8}. Именно частоте их совместного выявления и была посвящена масштабная работа под руководством одного из самых известных специалистов страны в области репродуктивной микробиологии — проф. А.М. Савичевой.

По данным литературы, распространённость БВ варьирует в исключительно широких пределах — от 7 до 68% — в зависимости от региона, этнической и расовой принадлежности, а также обследуемой популяции⁹. У женщин европеоидной расы это состояние диагностируют реже (5–15%), чем у негроидной (45–55%)¹⁰. Более высокий риск этого патологического состояния — до 60% — характерен для женщин, имеющих большое количество сексуальных партнёров, не состоящих в браке, вступивших в половую жизнь в юном возрасте и практикующих регулярные спринцевания¹¹.

Выделенному верить?

Основное клиническое проявление БВ — специфические выделения из половых путей, которые образуются в результате ферментации нормального муцинового геля влагалища бактериями изменённого микробного биотопа.

Для диагностики БВ используют два метода — критерии Амсея и метод Ньюджента. Если критерии Амсея широко известны и предполагают наличие минимум трёх признаков из четырёх (обильные гомогенные серовато-белые выделения с неприятным запахом, рН вагинального содержимого более 4,5, положительный тест с КОН и обнаружение «ключевых клеток» при микроскопическом исследовании вагинальных выделений), то метод Ньюджента более значим с микробиологической точки зрения и основан на определении трёх бактериальных морфотипов:

- крупные грамположительные палочки (морфотип *Lactobacillus*);
- небольшие грамотрицательные или грамвариабельные кокки и коккобациллы (морфотип *Gardnerella*, *Bacteroides**);
- грамотрицательные или грамвариабельные изогнутые палочки (морфотип *Mobiluncus*).

Результаты оценивают по десятибалльной шкале в зависимости от количества микроорганизмов в поле зрения светового микроскопа (табл. 1):

- нормоценоз — от 0 до 3 баллов;
- промежуточный вариант микробиоценоза — от 4 до 6 баллов;
- БВ — от 7 до 10 баллов.

Микробиологическая картина БВ очень сложна. Культуральные исследования **показывают возможную вовлечённость** в патологический процесс большого числа видов микроорганизмов, таких как *G. vaginalis*, *Prevotella spp.*, *Porphyromonas spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Mobiluncus spp.* и *M. hominis*. Молекулярно-биологические методы демонстрируют ещё большее разнообразие микробиоты за счёт микроорганизмов, пока не поддающихся культивированию: *A. vaginae*, *Megasphaera spp.*, *Eggerthella spp.*, *Leptotrichia spp.*, *Dialister spp.* Кроме того, совсем недавно были описаны три вида кластридий, встречающихся только у пациенток с БВ и пока **не имеющих собственных названий**, — условно их обозначают как BVAB1, BVAB2, BVAB3**.

Тем не менее основными «зачинщиками» **нарушений вагинального гомеоста-**

с формированием плотных биоплёнок на эпителии влагалища, в составе которых инфекции достаточно устойчивы к действию противомикробных средств^{7,12}.

Математическая точность дизайна

В исследование, проведённое авторами настоящей статьи в НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта (Санкт-Петербург), были включены 318 сексуально активных женщин в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 31 год). Все пациентки обратились в женские консультации **с жалобами на выделения из половых путей**. Критериями исключения стали беременность и приём антибиотиков в течение последних 4 нед.

[Если в выборке пациенток, обратившихся по поводу выделений из влагалища, бактериальный вагиноз обнаружили лишь у четверти, то на популяционном уровне это заболевание, по всей видимости, распространено гораздо реже, чем считали ранее.]

за при БВ выступают два микробных агента — *G. vaginalis* и *A. vaginae*^{7,8}. Однако если роль *G. vaginalis* в развитии этого патологического состояния уже много лет находится под прицелом научных исследований, то связь с ним *A. vaginae* была обнаружена относительно недавно, поскольку этот анаэроб довольно трудно выделить традиционными микробиологическими методами. При этом оба патогена способны образовывать «дружественные» ассоциации

Клиническим материалом для научной работы послужило **отделяемое влагалища**, которое получали с помощью двух дакроновых тампонов. Материал с одного тампона наносили на предметное стекло для исследования методом Ньюджента. Материал со второго тампона помеща-

* Bacteroides — грамотрицательные анаэробные палочковидные бактерии; объединяет два рода: *Porphyromonas spp.* и *Prevotella spp.*

** BVAB — bacterial vaginosis associated bacteria.

Таблица 1. Оценка морфотипов бактерий по методу Ньюджента¹³

Баллы	Морфотип лактобацилл	Морфотип гарднерелл и бактероидов	Морфотип мобилункусов
0	Более 30	—	0
1	5–30	1	1–4
2	1–4	1–4	5–30 и более
3	1	5–30	—
4	—	Более 30	—



© Донцов Евгений Викторович / фотобанк Лори

ли в пробирку с транспортной средой, содержащей муколитик, для последующего определения ДНК *G. vaginalis*, *A. vaginae*, *Lactobacillus spp.*, а также общей бактериальной ДНК методом ПЦР в реальном времени (количественной ПЦР). ПЦР-амплификацию и анализ продуктов ПЦР осуществляли с использованием теста «АмплиСенс Флороценоз-Бактериальный вагиноз» (ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва). Полученную концентрацию ДНК выражали в копиях ДНК на 1 мл.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программного пакета IBM SPSS Statistics 24. Все обследуемые группы (см. ниже) сравнивали между собой попарно с использованием **непараметрических** критериев:

- χ^2 (хи-квадрат) — для оценки частоты выявления *G. vaginalis* и *A. vaginae*;
- U-тест Манна–Уитни — для анализа концентраций ДНК *G. vaginalis*, *A. vaginae*, *Lactobacillus spp.*, а также общей бактериальной ДНК.

Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Кого нашли?

По результатам исследования методом Ньюджента все женщины были распределены **на три группы**: с БВ ($n=86$), с промежуточным типом вагинального микробиоценоза ($n=56$) и с нормоценозом влагалища ($n=176$). Распространённость БВ в изучаемой популяции женщин составила **27%** — с клинической точки зрения не так уж и много.

Практический интерес представляет оценка этих данных применительно к общепопуляционным значениям: если в выборке пациенток, **активно** обратившихся по поводу выделений из влагалища, БВ может быть диагностирован **лишь у четверти**, то в популяции всех женщин репродуктивного возраста это заболевание, по всей видимости, распространено гораздо реже, чем было принято считать ранее (от 30 до 80%^{14,15}).

Lactobacillus spp., равно как и общая бактериальная ДНК, были обнаружены во всех образцах. ДНК *G. vaginalis* или *A. vaginae* чаще всего выявляли у па-

циенток с БВ — у 93 и 83% соответственно. У женщин с промежуточным типом вагинального микробиоценоза присутствие этих патогенов также было весьма заметным, хотя и менее «представительным» — 73 и 59%. Однако даже нормальный тип вагинального микробиоценоза **не гарантировал** отсутствия этих **условно** патогенных бактерий: более чем у половины женщин (52%) были обнаружены *G. vaginalis* и у 38% — *A. vaginae*.

ДНК обоих микроорганизмов **одно-временно** чаще находили у пациенток с патологическим типом вагинального микробиоценоза (80%), чем при промежуточном типе (48%) и у здоровых женщин (27%; табл. 2). ДНК **только** *G. vaginalis* в отсутствие *A. vaginae* при БВ обнаружили у 13% пациенток с патологическими белями, при промежуточном типе микробиоценоза и при нормоценозе — по 25%. **Изолированную** ДНК *A. vaginae* в отсутствие *G. vaginalis* выявили лишь у 2% женщин с БВ, у 11% — с промежуточным микробиоценозом и у 10% — с нормальной влагалищной микробиотой (см. инфографику). Для развития БВ оба микроорганизма **кооперируются**, тогда как их **раздельное** присутствие не столь часто реализуется в обсуждаемый клинический диагноз.

Кстати, факт высокой вероятности **сочетания** *G. vaginalis* и *A. vaginae* при БВ соответствует данным литературы, хотя у представительниц негроидной расы ассоциацию обсуждаемых анаэробов при БВ выявляют ещё чаще — у 99,5%⁷. Достоверных данных по встречаемости этого условно патогенного «альянса» среди россиянок до сих пор опубликовано не было.

Следует отметить, что у 239 (75%) пациенток, обратившихся с жалобами на патологические выделения, был обнаружен хотя бы **один из этих двух микроорганизмов**. Между тем у 5% женщин с БВ и у 16% с промежуточным типом вагинального биотопа ни *G. vaginalis*, ни *A. vaginae* не были выявлены вообще, что можно рассматривать как яркий пример того, что у некоторых пациенток БВ **этиологически не связан** с обсуждаемыми анаэробами. По всей видимости, в подобных ситуациях смещение микробного равновесия происходит за счёт активности других микроорганизмов (см. выше). Эта тема — как, в частности, и причина БВ — ещё ждёт своих исследований...

Таблица 2. Частота обнаружения ДНК *G. vaginalis* и *A. vaginae* в исследуемых образцах

Вариант вагинального микробиоценоза	<i>G. vaginalis</i>	<i>A. vaginae</i>	<i>G. vaginalis</i> и <i>A. vaginae</i>
БВ (n=86)	80 (93%)	71 (83%)	69 (80%)
Промежуточный тип (n=56)	41 (73%)	33 (59%)	27 (48%)
Нормоценоз (n=176)	92 (52%)	66 (38%)	48 (27%)
Значимость различий, p			
БВ vs промежуточный тип	0,001	0,002	0,000
Промежуточный тип vs нормоценоз	0,006	0,005	0,004
БВ vs нормоценоз	0,000	0,000	0,000

Бактериальный сговор

Результаты научных работ последних лет показывают, что БВ развивается по принципам **полимикробной биоплёночной инфекции**^{12,16}. Биоплёнка — микробное сообщество, в котором клетки прикреплены к какой-либо поверхности и/или друг к другу и заключены в межбактериальный матрикс синтезированных ими внеклеточных полимерных веществ. Микробиота с **такой организацией** значительно более устойчива не только к ультрафиолетовому облучению и дегидратации, но и к вирусам, антибиотикам и факторам иммунной защиты хозяина — по сравнению со свободно плавающими (планктонными) бактериями. Полагают, что *G. vaginalis* первыми прикрепляются к вагинальному эпителию и затем служат «каркасом» для адгезии других микроорганизмов.

В 2014 году группа специалистов из Португалии выделила 30 видов бактерий, способствующих БВ, и в модельных экспериментах охарактеризовала их вирулентность. Это свойство условных патогенов можно определить **несколькими качествами**: высокая адгезия, цитотоксичность и предрасположенность формировать биоплёнки. Было показано, что большинство бактерий, ассоциированных с БВ, имеют тенденцию расти как биоплёнки, однако обладатели самой высокой вирулентности — *G. vaginalis*¹⁷.

Ассоциации биоплёнок, формируемых *G. vaginalis* и *A. vaginae*, с БВ было посвящено свежее международное исследование текущего года, проведённое специалистами из Бельгии, Великобритании и Руанды. Для визуализации применяли метод флуоресцентной гибридизации *in situ**. Биоплёнки были обнаружены **у каждой второй пациентки** с БВ. При этом *G. vaginalis* присутствовали в 82% всех биоплёнок, *A. vaginae* — в 54%. При этом в 99,5% образцов найдены и *A. vaginae*, и *G. vaginalis* (в виде биоплёнок либо в качестве планктонных форм).

Шансы выявить БВ при исследовании образцов вагинального отделяемого по Ньюдженту были значительно выше, если хотя бы один из возбудителей — *G. vaginalis* — находился **в форме биоплёнки**, а для образцов, в которых оба микроорганизма присутствовали в виде биоплёнок, показатель ОШ составил 119 (95% ДИ 39,9–360,8). Авторы заключили, что **симбиоз** этих двух микроорганизмов играет важную роль как в формировании биоплёнки, так и в развитии БВ⁷.

* FISH — fluorescence in situ hybridization.

драматическое акушерство

Клинический случай аневризмы аорты у беременной
с синдромом Марфана



Авторы: Владимир Исаакович Медведь, член-корр. НАМН Украины, докт. мед. наук, проф., зав. отделением внутренней патологии беременных Института педиатрии, акушерства и гинекологии; Сергей Николаевич Янюта, докт. мед. наук, главный научный сотрудник того же отделения; Елена Васильевна Исламова, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник того же отделения; Софья Дмитриевна Коваль, акушер-гинеколог того же отделения (Киев)

Многолетняя работа в клинике экстрагенитальных заболеваний беременных позволила автору этого материала, известному не только среди украинских коллег, но и далеко за пределами своей страны клиницисту, проф. В.И. Медведю, сделать один очень важный вывод: акушерство не только экстремальный вид деятельности, но и **чрезвычайно драматичная** область медицины. Это утверждение базируется на многочисленных наблюдениях крайне напряжённых и неоднозначных клинических ситуаций; на сложных, тяжёлых и нередко уникальных пациентках; на отсутствии возможности принять взаимоприемлемое решение при объективном несопадении интересов матери и плода. А ведь именно верное решение позволяет сохранить здоровье, а иногда и жизнь женщины и её ребёнка. Достижение позитивного результата часто требует драматических усилий не только от акушеров-гинекологов, но и от врачей других специальностей; необходимы хирургические, интервенционные, агрессивные медикаментозные методы лечения.

Журнал StatusPraesens не в первый раз публикует на своих страницах результаты научных исследований и клинические наблюдения проф. В.И. Медведя. Эта статья станет ещё одним источником знаний и опыта, поскольку демонстрирует не только реальный клинический случай, но и авторскую экспертную оценку.

Клиника экстрагенитальных заболеваний беременных — многопрофильное или, выражаясь современным языком, мультидисциплинарное учреждение, но при этом всё-таки акушерская клиника. Основная ответственность и право принятия ключевых решений лежит на акушере-гинекологе: именно он — наиболее приближённая фигура к женщине, ожидающей ребёнка, именно он инициирует привлечение других специалистов, организует конси-

лиумы, координирует и планирует этапы оказания помощи. Наконец, именно акушер-гинеколог осуществляет важнейший этап — родоразрешение.

В отделении внутренней патологии беременных Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины накоплен обширный клинический материал, иллюстрирующий драматическое акушерство, которое подчас не только сводится к медицинским аспектам, но и имеет глубокую **человеческую**

[Основная ответственность и право принятия ключевых решений лежит на акушере-гинекологе: именно он — наиболее приближённая фигура к женщине, ожидающей ребёнка, он планирует этапы оказания помощи.]

составляющую. Яркий пример — рекомендация, а порой и **настоятельное требование** прервать беременность, что для пациентки равнозначно запрету на материнство и, как ни говори, означает её женскую неполноценность, с чем невозможно смириться.

Не менее волнующий эпизод, когда после 15 лет бесплодия в возрасте 35 лет наступает желанная и долгожданная беременность, но на сроке 16 нед выявляют злокачественное новообразование. Справедливо ли это, а главное — что делать дальше? Лечить онкологическое заболевание, рискуя навредить ребёнку, или отложить терапию, определённо **ухудшая прогноз** для матери? Может, вовсе прервать беременность — подарок судьбы — и приступить к комбинированному лечению **в полном объёме**? Однако кто будет согласен с таким решением?

[Гемодинамические особенности при беременности существенно отягощают течение аневризмы аорты. Чаще всего расслоение аневризмы наступает в III триместре или в раннем послеродовом периоде.]

Ещё один вариант сложной клинической ситуации: пациентка с искусственным митральным клапаном и постоянной формой фибрилляции предсердий, которой пожизненно необходимо принимать оральные антикоагулянты из группы антагонистов витамина К. **В интересах будущего ребёнка** на начальных сроках беременности препарат подлежит отмене, поскольку он обладает тератогенным действием и способен вызвать множественные пороки развития. Однако при замене непрямого антикоагулянта на низкомолекулярный гепарин риск тромботических/тромбоэмболических осложнений для женщины становится выше. Что же предпочесть? Как **найти баланс** между интересами плода и матери? Мы ежедневно сталкиваемся с подобной дилеммой, что для обычной акушерской клиники принципиально невозможно.

Пополняет список драматических событий интенсивное развитие репродуктивных технологий. Для многих женщин, страдающих бесплодием

и утративших надежду стать матерью, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) служит реальным выходом из ранее безысходной ситуации. Между тем ряд этапов процедуры ЭКО попросту **опасен** при некоторых экстрагенитальных заболеваниях, вызывая обострение или декомпенсацию. Как же тогда объяснить пациентке недопустимость выполнения ЭКО? Есть тут всё-таки не только медицинский, но и **моральный** и даже правовой аспект. В конце концов женщина с самой тяжёлой и опасной болезнью при условии сохранения фертильности **вправе сама решать** судьбу своей беременности. Мы отказываем ей в таком праве, если наступление беременности невозможно без участия репродуктологов. Кроме того, врачи не могут игнорировать высокую вероятность развития синдрома гиперстимуляции яичников и его более

тяжёлое течение при многих экстрагенитальных заболеваниях. С другой стороны, это только вероятность, хотя индивидуально прогнозировать развитие синдрома гиперстимуляции яичников достоверно точно пока не удаётся.

Согласитесь, все перечисленные ситуации представляют собой непростые и драматичные моменты нашей деятельности. Нередко принятие правильных решений влияет и на здоровье, и на судьбу каждой больной женщины.

Изо дня в день сотрудники нашего отделения спокойно и без лишней суеты решают самые сложные клинические задачи. **Решают совсем не так**, как это делают в других акушерских стационарах. Каждое клинически трудное событие мы рассматриваем не только в качестве иллюстрации многообразного и драматического акушерства, но и с точки зрения неоспоримого факта, **опыта**, который можно будет использовать в будущем.

Таким образом, осознавая всю меру ответственности перед коллегами и по-

тенциальными пациентами, коллектив отделения решил обнародовать ряд своих наблюдений в надежде на то, что этот опыт будет полезен.

Аневризма аорты. [угрозой для жизни

Аневризма аорты (греч. *aneurypno* — расширять, увеличивать) — локальное или диффузное расширение сосуда с увеличением его диаметра более чем в 2 раза¹. Причинами аневризмы грудного отдела аорты выступают врождённые анатомические аномалии (коарктация, двойная дуга, двустворчатый аортальный клапан и другие заболевания) или патологические изменения её стенки при системной дисплазии соединительной ткани (синдром Марфана, синдром Элерса—Данло, фиброзная дисплазия аорты). В числе причин в настоящее время наиболее актуальны атеросклероз и артериальная гипертензия, кистозный некроз меди, травмы и инфекции. Достаточно частое и при этом **жизнеугрожающее осложнение** аневризмы — расслоение с последующим фатальным разрывом. В зависимости от месторасположения следствием разрыва грудной аорты могут быть:

- тампонада сердца (прорыв аневризмы в полость перикарда);
- гемоторакс (прорыв в плевральную полость);
- профузное кровотечение в трахею или пищевод.

Беременность существенно отягощает течение аневризмы аорты. Прогрессированию (увеличению диаметра) и повышению риска расслоения способствуют характерные для гестации гемодинамические и гормональные изменения. Чаще всего **расслоение** аневризмы наступает в III триместре или в раннем послеродовом периоде².

Согласно Европейским рекомендациям по ведению беременности у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями ESC-2011³, все пациентки с установленным заболеванием аорты и/или увеличением диаметра её корня ещё **до зачатия** должны быть проинформированы о потенциальном риске, существующем в период беременности³. Прежде всего речь идёт о пациентках

с синдромом Марфана и другими наследственными соединительнотканными дисплазиями.

Синдром в наследство

Синдром Марфана — аутосомно-доминантное наследственное нарушение строения соединительной ткани. Обусловлено мутацией гена фибриллина-1, локализованного на хромосоме 15. Основные клинические симптомы затрагивают сразу несколько систем организма. Так, у пациентов наблюдают врождённые патологические нарушения опорно-двигательного аппарата — удлинение конечностей, «паукообразные» пальцы, искривление позвоночника, воронкообразную грудную клетку; со стороны органов зрения диагностируют подвывих хрусталика, миопию. Страдает и сердечно-сосудистая система, изменения в которой проявляются в форме порока сердца, чаще аортального, пролапса створок клапана, аневризмы аорты с расслоением, иногда — аневризмы лёгочной артерии. Распространённость синдрома Марфана в популяции составляет 1:5000⁴.

Тактика **ведения беременности** при синдроме Марфана зависит от диаметра корня аорты. При неизменённом диаметре вероятность расслоения или других серьёзных кардиологических осложнений составляет 1%, при расширении до 40 мм расслоение наступает достаточно редко, однако риск осложнений в сравнении с нормальным диаметром выше. **Диаметр корня аорты 40–45 мм** требует тщательного ультразвукового наблюдения в течение беременности. В случае превышения диаметра более 45 мм **планировать беременность не следует**³.

При синдроме Марфана в числе других осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы во время беременности наблюдают усиление митральной регургитации, нарушение сердечного ритма, сердечную недостаточность.

Общепризнанным методом **мониторинга состояния аорты** во время беременности служит ЭхоКГ. Величину интервала между наблюдениями определяет исходный диаметр корня аорты: чем больше диаметр, тем чаще необходимо выполнять исследование. В среднем интервал между процедурами ЭхоКГ составляет 4–8 нед. Кроме того, необходимо осуществлять ультразвуковой контроль после родов не менее 6 мес...

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №3 (32)



© Michal Marek / Shutterstock.com

[Тактика ведения беременности при синдроме Марфана зависит от диаметра корня аорты. Диаметр корня аорты 40–45 мм требует тщательного ультразвукового наблюдения в течение беременности. В случае превышения диаметра более 45 мм планировать беременность не следует.]