

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#4 [33] 09 / 2016 / StatusPraesens

ISSN 2074-2347
9 772074 234773
16004

тема
№
номера

Секретные фарватеры репродуктивной медицины

Интервью с руководителем Росздравнадзора докт. мед. наук М.А. Мурашко • Итоги проверки медицинских организаций Сибирского федерального округа по использованию протоколов МЗ РФ • Беременность и роды у несовершеннолетних — 22 принципа деятельного участия • Тромбозы и КОК: настороженность как признак профессионализма • Можно ли КОК при гиперплазии эндометрия? • «D-гормон» — почему почти всем нужно его восполнение? • Аэробный вагинит: чаще, чем мы привыкли думать • Фитоэстрогены лучше МГТ? • Клинический случай: placenta accreta и сохранённая матка



Уважаемые коллеги!

Со времени старта **национальных проектов** «Здоровье» и «Образование» прошло чуть более 10 лет. Уже можно говорить о позитивных сдвигах ситуации в сфере здравоохранения страны, однако до окончательного решения всех существующих проблем ещё далеко. Важнейший вектор развития отрасли — гарантированная **доступность медицинской помощи** для всех россиян, в каком бы отдалённом уголке страны ни проживали люди. И в этом направлении уже сделаны существенные шаги — претерпевает модернизацию санитарная авиация, в областных центрах и крупных городах организованы **современные перинатальные центры**, которые берут на себя «львиную долю» родов у женщин из группы высокого риска, снижая показатели материнской и перинатальной смертности. Однако не менее важным этапом следует признать **реабилитацию** недоношенных детей, которая порой занимает весьма продолжительное время. Организация такого рода реабилитационных центров должна стать одной из стратегических задач национального проекта развития здравоохранения на ближайшие годы.

Я уверена, что от профессионального уровня каждого из нас, от слаженности действий зависит то, в каком направлении будет развиваться отрасль, появится ли перспектива реализации долгожданных и значимых инициатив. К примеру, давно назрела необходимость достичь **межотраслевого взаимопонимания** в вопросах перевода БЦЖ в амбулаторную систему, тем самым снизив риски от необоснованно продолжительного пребывания матери и новорождённого в стационаре. Ещё одна острая тема — высокая «бюрократическая» нагрузка на врача и акушерку: сегодня около 60% рабочего времени специалиста занимает оформление медицинской документации. А ведь это золотой **резервный фонд** для оказания высококвалифицированной помощи большему количеству пациентов.

Перечисленное — лишь малая толика стратегических задач. Но мне нравится древняя восточная мудрость «Даже путь в тысячу ли начинается с первого шага». В своей работе я стараюсь не отступать от неё и приглашаю всех единомышленников присоединиться к решению важных для акушерства и гинекологии проблем.

Главный врач Томского областного перинатального центра,
зав. кафедрой акушерства и гинекологии (СибГМУ),
председатель Томского регионального отделения
Всероссийского общества акушеров-гинекологов,
член правления Всероссийского
общества акушеров-гинекологов,
зам. председателя Думы города Томска,
докт. мед. наук, проф. **И.Д. Евтушенко**

status

гинекология акушерство

#4 [33]

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



МАРС



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, проф. Виктор Евсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал [vit@liu.ru]

Арт-директор: Алина 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: Елена Геннадьевна Матюхина, Татьяна Анатольевна Добрецова

Научные эксперты: канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев, канд. мед. наук Ольга Дмитриевна

Руднева, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев

Медицинские и литературные редакторы: Хильда Симоновская, Ольга Катаева, Юлия Бриль, Ирина

Ипасова, Татьяна Добрецова, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Татьяна Рыжова, Надежда

Маркевич, Елена Матюхина, Евгения Розенберг, Наталия Артикова, Офелия Беттихер

Препресс-директор: Наталья Лёвкина

Выпускающие редакторы: Наталья Лёвкина, Марина Зайкова

Вёрстка: Юлия Скучочкина, Дмитрий Амплеев. **Инфографика:** Вадим Ильин, Роман Кузнецов,

Лина Разгулина, 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 презенс» [121615, Москва, Рублёвское шоссе, д. 14, корп. 3, оф. 64]. Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» [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 25 000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 5 сентября 2016 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26в, стр. 2, бизнес-центр Post@Plaza, офис 618. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 164. Тел. 8 (499) 346 3902. Интернет-представительство: www.statuspraesens.ru. E-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в АО «ПК «Пушкинская площадь». Адрес: 109548, Москва, ул. Шосейная, д. 49 / 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: Алина Володина. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Фотобанк Лори.

© ООО «Статус презенс»

© ООО «Медиабюро Статус презенс»

© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г.

statusPra

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

15 НОВОСТИ

17 МЕДПОЛИТ

Азбучные истины

Клинические рекомендации и реальная практика: результаты проверки медицинских организаций Сибири

Артымук Н.В.

22

Здоровье до зачатия как государственная программа

Парадигма прекоцепционной охраны здоровья ВОЗ: необходимый базис государственного планирования

Войташевский К.В., Руднева О.Д., Симоновская Х.Ю.

33 ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА

Контрольная работа

Интервью с руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения докт. мед. наук Михаилом Альбертовичем Мурашко

Маклецова С.А., Иванов А.В.

О разных аспектах качества написано множество научных трудов, проведены тысячи конференций и симпозиумов, но главный вопрос «Что конкретно нужно делать медицинской организации?» остаётся актуальным по сей день.

41 CONTRA-VERSION

Тромбофилии в акушерстве: правда и вымысел

Рациональный подход к интерпретации рисков тромбоза

Кирющенко П.А.

48

Молочная железа и пролактин: новые данные

О роли пролактина в генезе заболеваний молочных желёз

Рожкова Н.И., Подзолкова Н.М., Овсянникова Т.В.

содержание номера

57

VIA SCIENTIARUM

Воздушный бой

Аэробный вагинит: терминологические новости и выбор эмпирической терапии

Кузнецова И.В., Ших Е.В.

64

Агенты онкобезопасности

Протективное действие фитоэстрогенов на молочную железу

Радзинский В.Е., Смирнова Т.В., Бриль Ю.А

75

ЛЕХТ-ПРОСВЕТ

Упущенный диагноз

Нарушения менструального цикла как важный повод для диагностической и лечебной работы

Илизарова Н.А.

84

Из молодых да ранних

Беременность и роды у несовершеннолетних: проблема и перспективы решения

Иванова Л.А., Михайлин Е.С.

95

БЫСТРОДЕЙСТВИЕ

Страна приливов

Негормональная терапия вазомоторных симптомов климактерия

Бриль Ю.А., Маркевич Н.Ю., Симоновская Х.Ю.

103

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Инстинкт предохранения

Принимать ли во внимание психологические особенности женщины при назначении КОК? Дискуссии продолжаются

Аганезова Н.В., Матюхина Е.Г.



Очевидная парадоксальность контрацептивного поведения (либо его отсутствия) женщины может быть связана со сложными и неосознаваемыми психологическими процессами. Инстинкт продолжения рода диктует необходимость сохранения перспективы деторождения, даже если прямо сейчас таких планов по каким-либо причинам нет.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

110

Сложности простой гиперплазии

Целесообразно ли назначение КОК в программах лечения и профилактики гиперплазии эндометрия?

Овсянникова Т.В., Матюхина Е.Г.

117

РАБОТА НАД
ОШИБКАМИ

Оценить по достоинству

Витамин D — недооценённый гормон репродуктивной системы

Зазерская И.Е., Бриль Ю.А.

128



Гормональная терапия: оценить риски тромбоэмболии за 5 мин

Консультирование по вопросам безопасности гормональной контрацепции в разных клинических ситуациях

Шестакова И.Г., Рыжова Т.Е.

Очевидная неуверенность акушера-гинеколога может усилить у его пациенток и без того зачатым искажённое представление о свойствах гормональной контрацепции. Круг замыкается: врач не уверен в своих назначениях, а женщина не хочет проверять на себе то, что врач рекомендует нехотя и с очевидными сомнениями. Есть ли выход? Безусловно!

139

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Эндометриоз и беременность: готовимся к шторму!

Ведение беременности при эндометриозе: вопросы врачебной тактики

Колода Ю.А.

147

CASUISTICA

Революционный консерватизм

Терапия миомы матки: от хирургии к медикаментозной стратегии

Беженарь В.Ф., Комличенко Э.В., Шевелёва Т.С., Кондратьев А.А.

158

Встречаем во всеоружии

Клинический случай органосохраняющей операции при вращении плаценты

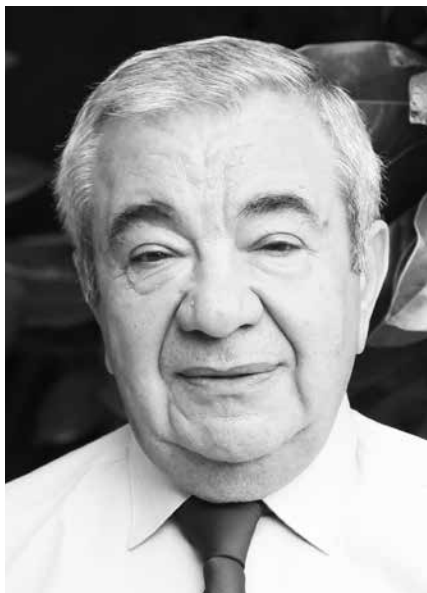
Ежова И.В., Стэмповская Н.А., Дудакова В.Н., Искоростенский А.В.

162

ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

вакуум или факел?

Проф. В.Е. Радзинский о качестве современной медицинской информации



Главный редактор
проф. Виктор Радзинский

Этот выпуск журнала выйдет в дни работы IX «Сочинских контраверсий» — семинара прогрессивных специалистов репродуктивной медицины страны. Поражает интерес участников к этому мероприятию: за последние 3 года число делегатов возросло с 1200 до 2800 человек, а количество представленных регионов — с 72 до 79. И это несмотря на сложное экономическое положение. Почему так происходит?

Ответ лежит на поверхности — высочайшая **потребность в информации**. «Врач должен знать всё!» — так считают пациенты и... представители руководящих органов, опубликовавшие в августе 2016 года Приказ №520н Министерства здравоохранения РФ, утверждающий новые критерии оценки качества медицинской помощи. Вот только вопрос о **надёжности источников** этих знаний остаётся открытым.

Дискредитировавшая себя система **послевузовского** образования, делавшая упор на сугубо теоретические знания, не подкреплённые отработкой практических навыков, сегодня претерпевает **реорганизацию**. Для этого, по счастью, появились технические возможности: введены командные тренинги в симуляционных центрах (такие тренинги «вживую» возможны и непосредственно на рабочих местах), а также непрерывное медицинское образование путём участия в сертифицированных конгрессах, конференциях, как это уже давно практикуют за рубежом. Вектор понятен, осталось реализовать задуманное.



Здесь можно отметить первые сложности, в том числе общемирового масштаба. Ежегодно в мире **публикуют 6000 материалов** по акушерству и гинекологии, то есть современный врач должен читать в день по 17–20 статей! Нереально, даже звучит смешно. Собственно, этого и не надо делать: 98% статей не соответствуют **принципам доказательности**.

Вспомним данные ВЦИОМ, опубликованные в одном из выпусков журнала StatusPraesens (2011): российские врачи предпочитают получать знания не из учебников, журналов и электронных баз данных, а на конференциях. Будем надеяться, что это переходный этап на пути к самостоятельному поиску нужной информации. Почему этап? Потому что медицинские вузы **обязаны** передать существенную часть программы обучения на самостоятельное освоение студентам и слушателям всех форм повышения квалификации, и они постепенно передают! Отметим, что на

[Незыблемый постулат прошлого века «Миром владеет тот, кто владеет информацией» в новом столетии сменился другим: «Миром владеет тот, кто имеет доступ к информации».]

качестве обучения это никак не сказалось: контроль подтвердил, что так теоретические знания усваиваются ничуть не хуже, чем на семинарских занятиях. Впоследствии эта **привычка станет потребностью**, и мы окажемся частью мировой информационной системы, прежде всего англоязычной.



Постулат прошлого века «Миром владеет тот, кто владеет информацией» в новом столетии сменился другим: «Миром владеет тот, кто имеет доступ к информации».

Что же доминирует сегодня? Должна ли информация заполнять **ваккум** недополученных знаний или стать **факелом**, освещающим сложности применения доказательных данных в повседневной практике? Ответ не столь очевиден. Минимум 5-кратное увеличение объёма необходимых знаний за последние десятилетия не увеличило сроков обучения, не вызвало коренного пересмотра программ, в которые часто вносили целые разделы, не только ненужные, но и вообще не подтверждённые доказательными исследованиями. Изменить в короткие сроки это не удастся. Эффективнее облегчить врачу поиски путей **доступа** к надёжной информации.

Надёжная — это та, которая имеет доказательную базу, нашла своё отражение в мировых и отечественных **протоколах лечения**. Кстати, последние важны для врачей всего мира: за рубежом невозможно работать, полагаясь на личный опыт, мнения авторитетных экспертов, рекомендации отдельных кафедр или институтов. Только **стандарты и протоколы!**



Для нас с вами переход к системе стандартов — это тяжелейшая перестройка, прежде всего врачебного **сознания**, психологии самой медицины. Нас учили «этиотропной и патогенетической» терапии: было бы идеальным влиять как на причину, так и на **звенья патогенеза**... если бы мы его знали. Увы! Привычная многим схема лечения слабости родовой деятельности, перенашивания с позиций восполнения дефицита эстрогенов («Синэстрол», эстрадиол, «Фолликулин») была не только бессмысленной, но и просто вредной — вызывала гипогалактию вследствие угнетения синтеза пролактина. Таких примеров много, и не только в репродуктологии.

Вспомните **лечение язвы желудка** по патогенетическому обоснованию Быкова—Курцина (1952): голод, покой, спазмолитики, а потом — селективная ваготомия! Оказалось, всему виной *Helicobacter pylori*. Отсюда и необходимость хотя бы **унификации** подходов — стандартов, протоколов. Впервые эти регулирующие документы появились не так давно — в 1985 году в Гарвардском университете были утверждены клинические протоколы работы анестезиологов. Сделано это было **по инициативе страховых компаний** — их волновали осложнения и экономические аспекты: непомерные страховые выплаты. Результат не заставил себя ждать: выплаты **сократились в 7 раз (!), число осложнений — в 5 раз**, а анестезиологический риск снизился вдвое.

Министерство здравоохранения РФ к настоящему времени утвердило **19 клинических протоколов по специальности «акушерство и гинекология»**. Материалы опубликованы в сети Интернет, журнале «Проблемы репродукции» (спецвыпуск



№6 за 2015 год) под редакцией главного акушера-гинеколога РФ, акад. РАН Л.А. Адамян. Можно ли в этих условиях считать проблему доступности информации для практического врача решённой? Нет, да такого и быть не могло.

Протокол — перечень обязательного **минимума** в конкретной клинической ситуации. Не более. А дальше начинается **персонализированная** медицина, творческий поиск врача. Однако при этом претензий к специалисту уже не будет или по крайней мере станет меньше, хотя на самом деле всё не так просто. Вот пример пренебрежения информацией — в этом же выпуске **SP** читайте статью проф. Н.В. Артымук **«Азбучные истины»**. Это, по большому счёту, **идеология МАРС** (Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины), журнала *StatusPraesens*, Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраргументы» и всех образовательных конференций и конгрессов, реализуемых «Инновационной образовательной программой» РUDN под эгидой приоритетного национального проекта «Образование». Суть — **своевременная и достоверная** информация для врача, основанная на последних мировых и отечественных научных достижениях. Но ни в коем случае не фрагменты диссертаций или рекламные ухищрения (их можно принимать во внимание, если только они подтверждены данными исследований высокого качества).



© Yveridis Vasilis / Shutterstock.com

[Министерство здравоохранения РФ к настоящему времени утвердило 19 клинических протоколов по специальности «акушерство и гинекология». Материалы опубликованы в сети Интернет, журнале «Проблемы репродукции». Можно ли считать проблему доступности информации для врача решённой? Нет.]



Современному врачу всегда следует быть в гуще отраслевых событий и злободневных тем. Например, 17 августа сего года певица и общественный деятель Д. Гурцкая попросила Генеральную прокуратуру проверить сведения, в том числе исходящие от одного из муфтиев, об обрезании девочек в Дагестане. Это событие вызвало большой общественный резонанс и стало темой для обсуждения среди врачей различных специальностей.

Кстати, об этой проблеме в профессиональной литературе пишут не так

много: информация есть в монографии «Перинеология» и в проблемной статье нашего журнала, опубликованной ещё в 2013 году*. Однако **врач-гинеколог должен знать**, что представляет собой клинторэктомия, лабиотомия (якобы для уменьшения «сексуальной распушенности»), должен суметь **аргументированно** ответить на любые вопросы сторонников этой практики и сомневающихся.

Или появившаяся в конце мая 2016 года публикация CDC и Минобороны (!) США о выявлении *E. coli* с геном *MCR-1* — штамма, устойчивого **ко всем** антибиотикам резерва и даже к «Колистину» — последней на теку-

щий период надежде человечества. Отсюда и оптимизм в связи с публикацией о теиксобактине (январь, 2015), созданном в университете Бостона (США) командой во главе с проф. Вячеславом Эпштейном, эмигрантом из бывшего СССР. Они разработали принципиально новый способ создания антибиотиков, который уже через каких-то 5–6 лет сможет **преодолеть «конец эры антибиотиков»** (ВОЗ, 2014).

* Перинеология: Монография. Изд. 2-е, испр. и доп. / Под ред. В.Е. Раззинского. М.: РУДН, 2010. 327 с.; Токтар Л.Р. Фараоново обрезание в наши дни // StatusPraesens. 2013. №1 [12]. С. 89–93.

И всё это должно быть известно врачу-гинекологу сегодня, от этого зависят и его авторитет, и **самооценка**. Именно поэтому так важны конференции «Информационно-образовательного проекта №1» в регионах, где по субботам всё большее число гинекологов приходят на мероприятия, освещающие доказанно полезные инновации в нашей специальности.

Далеко не все участники региональных конференций смогут приехать в Сочи, Москву, Казань, Новосибирск, Ростов-на-Дону, где проходят республиканские и межобластные чтения. Тем важнее донести до них актуальную информацию сегодня, а не завтра.



Ещё один весьма практичный источник проверенных медицинских данных — **рассылка** информационных материалов в формате электронных писем и почтовых отправок. Адресаты регулярно получают брошюры, методические

письма, протоколы, в том числе протоколы МАРС (первая ласточка — «Преградившая подготовка» — уже вышла из печати), охватывающие самые актуальные проблемы профессии.

«Акушерство» и «Гинекология» — два **интернациональных учебника**, созданных для преподавания по образовательным стандартам Российской Федерации и США («Гинекология» стала победителем конкурса учебников Минздрава РФ в 2015 году). Они в равной степени чрезвычайно востребованы и иностранными специалистами, и отечественными.

И, наконец, StatusPraesens — **журнал сегодняшнего, да и завтрашнего дня**. Выпуск, который вы держите в руках, — концентрат новых достижений акушерско-гинекологической науки и медицины в целом, опыта и знаний ведущих экспертов. Изучайте...

О **новых стандартах качества** оказания медицинской помощи читайте в интервью с руководителем Росздравнадзора М.А. Мурашко. Построение единой

системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, работающей по общим разумным правилам, **понятной всему медицинскому сообществу** и, главное, дающей реальные результаты, — очень непростая задача, стоящая перед Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

Ещё в выпуске: **новости в лечении гиперплазии эндометрия**, последние научные версии и контраргументы, способные изменить устоявшиеся представления об особенностях патогенеза этого заболевания. Женщины с эндометриозом: если **беременность** всё же наступила, как вести пациентку, к чему быть готовым? Или всё самое сложное позади? Рекомендаций по этому поводу сегодня нет.

«**Амбивалентность беременности**» служит весомым фактором в принятии женщиной решения о подходящем ей способе контрацепции и частично объясняет нежелание использовать самые эффективные пролонгированные методы. Терапия **миомы матки** — путь от хирургии к консервативной стратегии: клинические примеры из практики. **Погростковая беременность** — проверенный алгоритм ведения пациенток и профилактики социального сиротства. **РМЖ и пролактиновый вклад** в канцерогенез. Дефицит **витамина D** угрожает репродуктивной функции: так ли всё просто и понятно? «Тромбофилии» — диагноз или врачебная **перестраховка**?



Вряд ли стоит в формате слова главного редактора перечислять все информационные находки этого выпуска. Тем не менее с уверенностью могу сказать одно: в нашей профессии нет строго «чёрного и белого», как нет и категоричного «такого не может быть никогда». А что есть? Есть стремление врача учиться **всю свою профессиональную жизнь**, опираясь на достоверные знания, учитывая ошибки коллег и не боясь признавать собственные. И если та информация, которую вы почерпнёте из журналов, книг и рассылок, во время посещения образовательных мероприятий, станет **факелом**, освещающим ваш путь, значит, работа экспертов и редакционного коллектива была не напрасна. **SP**

[Важно развить и поддержать стремление врача учиться всю свою профессиональную жизнь, опираясь на достоверные знания, учитывая ошибки коллег и не боясь признавать собственные.]

азбучные истины

Клинические рекомендации и реальная практика:
результаты проверки медицинских организаций Сибири



Автор: Наталья Владимировна Артыук,
докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушер-
ства и гинекологии Кемеровского государствен-
ного медицинского университета, главный
внештатный специалист Минздрава России
по акушерству и гинекологии Сибирского
федерального округа (Кемерово)

Копирайтинг: Надежда Маркевич,
Ольга Катаева

В перечне нормативных документов, регламентирующих работу акушера-гинеколога, клинические рекомендации (протоколы лечения) занимают **особое место**. С одной стороны, хотя в них обобщены знания ведущих специалистов страны и учтены данные доказательной медицины, что позволяет **избежать многих ошибок** в работе, однако название документа наводит на мысль о необязательности, добровольности его применения врачом. С другой стороны, в системе ОМС протоколы лечения используют при **экспертизе качества** медицинской помощи, и их невыполнение может привести к штрафным санкциям.

На чём в реальности основаны действия практикующих специалистов — на рекомендациях профессионального медицинского сообщества или на личном опыте и собственных представлениях о правильной тактике диагностики и лечения?

Пользуются ли врачи федеральными клиническими протоколами, рекомендованными Минздравом РФ (эти протоколы утверждены локальным приказом и вместе с ним размещены на сайте регионального министерства или департамента здравоохранения субъекта), при оказании помощи беременным, роженицам и родильницам? Чтобы ответить на этот вопрос, в 2015 году был проведён выборочный аудит медицинских организаций Сибирского федерального округа, включающего в себя Кемеровскую, Новосибирскую, Томскую и Иркутскую области, Алтайский, Забайкальский и Красноярский края.

Как **показали результаты проверки**, во многих учреждениях клинических рекомендаций не было вообще — ни в распечатанном, ни в электронном виде. От-

сутствие этих документов «под рукой» и незнание их врачами приводят к многочисленным ошибкам, в том числе к **необоснованному назначению** медикаментозной терапии и применению методов лечения, эффективность которых не подтверждена данными клинических исследований.

Чем ещё, если не ошибкой и недоинформированностью, можно объяснить применение акушерами-гинекологами спазмолитиков, депротеинизированного гемодеривата крови телят и дипиридамола, фиточая и кислородных коктейлей, назначение профилактической санации влагалища и плазмафереза? Часты **случаи полипрагмазии**. Кроме того, оказалось, что нередко врачи игнорируют **наличие противопоказаний**, не соблюдают рекомендованные дозы и длительность лечения.

[Отсутствие клинических рекомендаций «под рукой» и незнание их врачами приводят к необоснованному назначению медикаментов и применению методов лечения, эффективность которых не подтверждена.]

Совет старейшин

Клинические рекомендации (протоколы лечения) — документы, которые разрабатывают и утверждают **профессиональные некоммерческие** организации медицинских работников (статья 76 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»). Правительство РФ утвердило **специальные требования** к профессиональным некоммерческим организациям, которым могут быть переданы отдельные функции в сфере охраны здоровья граждан (Постановление Правительства РФ от 10.09.2012 года №907), а сама процедура разработки клинических рекомендаций регламентирована ГОСТом Р 56034-2014.

Наряду с порядками и стандартами медицинской помощи клинические рекомендации — основа для разработки **критериев оценки** качества медицинской помощи, утверждённых приказами Минздрава России от 07.07.2015 года №422ан и от 15.07.2016 года №520н (вступает в силу с 01.07.2017 года). Несоответствие медицинской помощи, оказанной по программе ОМС, клиническим рекомендациям считают дефектом её качества, который влечёт применение финансовых санкций (Приказ ФФОМС от 01.12.2010 года №230).

Тексты протоколов лечения размещены **на сайте** Федеральной электронной медицинской библиотеки www.femb.ru, входящей в состав Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Не отвергая профилактику

Согласно протоколам лечения, женщинам, входящим в группу высокого риска преэклампсии, рекомендуют следующие мероприятия¹.

- Начиная с 12 нед до родов используют низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (75—162 мг/сут). При назначении этого лекарственного средства необходимо письменное информированное согласие пациентки, так как в соответствии с инструкцией по применению приём ацетилсалициловой кислоты противопоказан после 36 нед гестации.

Тем не менее протоколы лечения — а наличие этой рекомендации будет учтено даже в судебной практике — советуют прибегать к данной терапии, если польза превышает риск.

- Беременным с низким алиментарным потреблением кальция (менее 600 мг/сут) следует рекомендовать препараты кальция в дозировке 1000 мг/сут.

В этом же документе указан ряд назначений, не имеющих никакой доказательной базы, но к которым зачастую прибегают акушеры-гинекологи. Так, для профилактики преэклампсии неэффективны¹: постельный режим (bed-rest), диуретики, препараты гепарина, витамины Е и С, рыбий жир, чеснок (в таблетках), ограничение потребления соли.

Преэклампсия: работа над ошибками

Правильные действия при преэклампсии — одно из самых грозных осложнений во время беременности — описаны в федеральных клинических рекомендациях по гипертензивным расстройствам во время беременности, в родах и после родовом периоде¹.

Анализ реальной практики показал, что во многих случаях врачи допускают две типичные ошибки: проводят неадекватную противосудорожную терапию и пытаются применять препараты с недоказанной безопасностью и эффективностью. Самая распространённая ошибка — применение **сульфата магния** без соответствующих показаний, в неадекватных дозах или при отсутствии наблюдения за пациенткой.

Согласно российским и зарубежным рекомендациям^{1–5}, эффективная тактика **предупреждения** судорожного синдрома — внутривенное медленное (в течение 10–15 мин) введение сульфата магния болюсом 4 г (16 мл 25% раствора), а затем — с помощью инфузомата со скоростью 1 г/ч (4 мл 25% раствора в час) на протяжении 24 ч после родов или последнего эпизода судорог (в зависимости от того, что было позднее). Результаты исследований показали, что эти дозы менее токсичны и оказывают такой же клинический эффект, как и рекомендованные ранее 6 г болюсом и 2 г/ч^{6–8} с помощью инфузомата.

В то же время важно помнить, что единственное показание **для противосудорожной терапии** сульфатом магния — тяжёлая преэклампсия, а эффективность препарата при отёках и умеренной преэклампсии убедительных доказательств не имеет^{3,5,9}. Увы, как показали итоги проверки, многие российские акушеры-гинекологи нередко прибегают именно к таким назначениям.

В некоторых ЛПУ для профилактики судорог используют **бензодиазепины**, что оправдано только при наличии противопоказаний к сульфату магния или при его неэффективности¹. Доказано, что магния сульфат **более действенен** в профилактике эклампсии, чем бензодиазепины, не увеличивает частоту кровотечений, кесарева сечения, инфекционных заболеваний и депрессии новорождённых².

Иногда в ряде клинических ситуаций применяют тактику, которую можно объяснить лишь традицией — предупреждают развитие преэклампсии с помощью гепаринов, витаминов Е и С, дидрогестерона, сульфата магния^{1,10}.

Наконец, многие отечественные акушеры-гинекологи полностью **отвергают возможность использования** ацетилсалициловой кислоты и препаратов кальция для **профилактики** преэклампсии у пациенток из групп высокого риска. Напомним, что сама по себе беременность признана лишь относительным противопоказанием для назначения ацетилсалициловой кислоты.

Однако — и на этом акцентирует внимание Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), ведущая американская организация, — следует всегда **тщательно** образом оценивать соотношение потенциального риска и ожидаемой пользы.

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №4 (33)

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Интервью с руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения докт. мед. наук Михаилом Альбертовичем Мурашко

Беседовали: канд. мед. наук Светлана Александровна **Маклецова** и Александр Васильевич **Иванов** (StatusPraesens)

С тезисом о том, что медицинская помощь должна быть качественной, не спорят ни врачи, ни пациенты, — а как же иначе? Только, как писал Аркадий Гайдар, «что такое счастье — это каждый понимает по-своему».

О разных аспектах качества написано множество научных трудов и статей, издано несколько международных стандартов, проведены тысячи конференций и симпозиумов, но **главный вопрос** — «что конкретно нужно делать медицинской организации для обеспечения качества?» — остаётся актуальным по сей день. Построение в стране **единой системы контроля** качества и безопасности медицинской деятельности, работающей по общим разумным правилам, понятной всему медицинскому сообществу и, главное, дающей реальные результаты, — очень непростая задача, стоящая сегодня перед Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

В сентябре 2016 года в Сочи пройдёт VII Всероссийская научно-практическая конференция «Главврач XXI века», в рамках которой запланировано широкое обсуждение проблем организации оказания качественной акушерско-гинекологической помощи. В преддверии этого события редакция SP встретилась с руководителем Росздравнадзора, докт. мед. наук Михаилом Альбертовичем Мурашко.

SP Уважаемый Михаил Альбертович, в июне Госдума рассмотрела поправки в Кодекс об административных правонарушениях (КоАП), значительно расширяющие полномочия Росздравнадзора. В то же время на недавнем совещании с территориальными органами Федеральной службы было сказано, что число случаев

привлечения к ответственности и суммы штрафов **нельзя рассматривать как основной показатель результативности** надзорных мероприятий. Значит ли это, что финансовые санкции не очень эффективны?

Михаил Альбертович Мурашко (М.М.): На самом деле количество штрафов самоцелью никогда не было. Но и амнистия нарушений мы тоже не приветствуем и, конечно, не предлагаем этого территориальным органам. Если невыполнение установленных требований создаёт угрозу для жизни пациента или может привести к вреду для здоровья — за это нужно наказывать.

Теперь что касается изменений, которые вносят в КоАП. Напомню, что **система штрафов** давно существует в системе ОМС, где их применяют по

[Количество штрафов самоцелью никогда не было. Однако если невыполнение установленных требований создаёт угрозу для жизни пациента или может привести к вреду для здоровья — за это нужно наказывать.]



Мурашко Михаил Альбертович, докт. мед. наук, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

результатам экспертизы качества медицинской помощи. Мы работаем по семи направлениям государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, которые перечислены в Федеральном законе №323-ФЗ и в Постановлении Правительства РФ №1152. Понятно, что для таких проверок тоже нужен **действенный механизм** привлечения нарушителей к ответственности, **которого сегодня нет**.

Например, если говорить о порядках оказания медицинской помощи, то в них прописаны определённые временные характеристики, которые интересуют нашу службу в первую очередь, — они позволяют оценить, **созданы ли условия для оказания качественной помощи**. Однако штрафов за нарушения порядков сегодня нет, а фонды ОМС и страховые компании их соблюдение не контролируют.

Другой пример: частные организации, которые **не работают в сфере ОМС** и к которым сегодня вообще не применяются какие-либо финансовые санкции.

[Не могут государственные учреждения находиться в неравных условиях с частными компаниями — все должны быть одинаково ответственными за соблюдение норм, установленных законодательством.]

Не могут государственные учреждения, работающие по программам ОМС, находиться в неравных условиях с частными компаниями — все должны быть одинаково ответственными за соблюдение норм, установленных законодательством.

КоАП — **один из элементов системы**, обеспечивающей исполнение обязательных требований в здравоохранении. Для других видов контроля, относящихся к полномочиям Росздравнадзора, — по обращению лекарственных препаратов и медицинских изделий — меры ответственности уже предусмотрены. И мы видим, что **административное наказание более эффективно**, чем любое другое. Вот почему внесение нынешних изменений в КоАП — это правильно.

SP А предписаний Росздравнадзора недостаточно?

М.М.: Сегодня финансовая ответственность предусмотрена только за неисполнение предписаний. Мы же хотим, чтобы была зафиксирована конкретная сумма штрафа за каждое нарушение.

Перед нами поставлена **задача сократить количество проверок**. Однако если при этом не будет никакой ответственности, то это приведёт к безнаказанности нарушителей. А ситуация, о которой писал Салтыков-Щедрин, когда «строгость российских законов смягчается необязательностью их исполнения», в корне неправильна.

SP Порядки устанавливают определённую этапность оказания помощи. Какую медицинскую организацию накажут, если пациентка лечится не на том уровне, на котором должна?

М.М.: При проверке каждый случай **анализируют с учётом всех обстоятельств**, в том числе оценивают, была ли у пациентки реальная возможность оказаться в учреждении нужного уровня. Например, если по каким-то причинам транспортировка была противопоказана — это одна

ситуация, а если всё можно было сделать заблаговременно — другая.

Недавно мы разбирали подобные случаи в Забайкальском крае и в Дагестане. Было совершенно ясно, что пациентки с теми диагнозами, которые им поставили, не должны были находиться на этом уровне оказания помощи — все возможности для своевременной госпитализации на более высокий уровень были. А там довели до того, что, когда потребовалась помощь в большем объёме, транспортировать пациентку было уже нельзя. Понятно, кто в этом **виноват** и чья ответственность...

SP А кто проводит экспертизу таких случаев со стороны Росздравнадзора?

М.М.: Подобные случаи требуют проведения внеплановой проверки (документарной или выездной) с участием экспертов, которых Росздравнадзор привлекает **в рамках мероприятий по государственному контролю**. Сегодня их более 5 тыс., и среди них есть и акушеры-гинекологи, и неонатологи, и реаниматологи.

Существует Постановление Правительства РФ от 10.07.2014 года №636, которое регламентирует, как формируют список экспертов и как проводят их аттестацию. К ним предъявляют **определённые квалификационные требования** (на эту тему есть приказ Росздравнадзора от 16.03.2015 года №1620); создана аттестационная комиссия. Разъяснения, как пройти аттестацию, экзаменационные билеты и реестр экспертов размещены на официальном сайте службы.

Принципиальный момент — мы всегда обязательно учитываем мнение главных внештатных специалистов по соответствующему профилю медицинской помощи, дающих те или иные рекомендации. Кроме того, мы стараемся привлекать экспертов, которые работают в сфере ОМС, чтобы исключить какие-либо разночтения в подходах оценки оказанной помощи.

Кроме того, приказ ФФОМС №230 **обязывает страховые организации** передавать нам информацию о выявленных ими нарушениях — особенно о тех, которые имеют системный характер. Мы тоже сообщаем в фонды ОМС о результатах своих проверок, то есть сегодня сложилась **практика постоянного межведомственного обмена информацией**.

SP В июле были внесены изменения в Закон №294-ФЗ: теперь органы государственного контроля и надзора должны применять риск-ориентированный подход. Что это такое и как отразится на работе конкретных медицинских организаций?

М.М.: Риск-ориентированная модель подразумевает в первую очередь формирование плана контрольных мероприятий с учётом **ранжирования** медицинских организаций, видов и профилей помощи по степени **потенциальной угрозы** для пациентов. Это не очень простой вопрос, потому что не всегда можно однозначно сказать, например, что учреждение, в котором проводят хирургические вмешательства, всегда должно быть отнесено к группе большего риска, чем то, в котором лечат консервативно. Хотя, конечно, те, кто оказывает экстренную помощь, относятся к самой «рисковой» категории.

Сегодня формируется система критериев для ранжирования организаций по видам контроля, составлены перечни нормативных правовых актов, которые необходимо исполнять в зависимости от особенностей учреждения. К сожалению, при проверках мы часто видим, что **руководители учреждений недостаточно владеют** вопросами нормативно-правового регулирования медицинской деятельности, обращения лекарственных средств и безопасного использования медицинских изделий. Делегируя часть своих полномочий подчинённым, многие вообще **не считают нужным глубоко вникать** в эти темы. Это вызывает сомнения в профессиональном уровне таких главных врачей как организаторов здравоохранения — если

человек работает руководителем, он обязан хорошо разбираться в вопросах менеджмента.

SP Риск-ориентированное ранжирование означает, что перинатальный центр будут проверять чаще, чем роддом второго уровня?

М.М.: В отношении проверок: любая **акушерская помощь — в приоритете**. На первый взгляд кажется, что раз перинатальный центр оказывает больше услуг в сложных ситуациях, то он должен попадать в более высокую категорию риска. Однако на практике мы видим, что статистические показатели хорошо оснащённого перинатального центра, несмотря на более тяжёлый контингент пациенток, могут быть **лучше**, чем в учреждении второго уровня. Поэтому не факт, что третий уровень будут проверять чаще, а роддом второго уровня — реже. Нужен **многофакторный** многоуровневый анализ. Повторю: сегодня мы только создаём риск-ориентированную модель, «итоговой версии» пока нет.

SP Вряд ли стоит относить организацию к той или иной группе риска только на основании формальных признаков: третий уровень — значит, проверяем чаще второго. Вероятно, нужно учитывать результаты работы за предыдущий период?

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №4 (33)



© zhykova / Shutterstock.com

[Многие руководители не считают нужным вникать в вопросы нормативно-правового регулирования медицинской деятельности, обращения лекарственных средств и безопасного использования медицинских изделий. Это вызывает сомнения в профессионализме таких главных врачей как организаторов здравоохранения.]

тромбофилии в акушерстве: правда и вымысел

Рациональный подход к интерпретации рисков тромбоза



Автор: Пётр Александрович Кирющенков,
докт. мед. наук, проф., руководитель курса
клинической гемостазиологии ФПК МР
Медицинского института РУДН (Москва)

Копирайтинг: Елена Матюхина, Евгения
Розенберг, Юлия Бриль

Коагулологический скрининг при постановке беременных на учёт — **обыденная российская практика**. Однако его результатом нередко бывают гипердиагностика тромбофилий на основании одних лишь лабораторных показателей, без учёта анамнестических данных, и неоправданное лечение пациенток. Желание некоторых специалистов перестраховаться и «на всякий случай» снизить риск тромбозов понятно, но отдалённые перспективы ятрогенных геморрагических осложнений при беспочвенной терапии могут быть **не менее катастрофичными**. Недостаточная осведомлённость врачей при оценке факторов риска тромбоэмболических осложнений играет не последнюю роль среди причин трагических исходов.

Как выявить истинных предвестников тромботических осложнений? Как дать клиническую оценку лабораторным маркерам гиперкоагуляции? Как определить показания к антикоагулянтной терапии и соблюсти принцип безопасности для матери и плода? Ответы на эти вопросы представлены в настоящей статье.

Гемостаз и фибринолиз наряду с иммунными реакциями составляют **единую клеточно-гуморальную защитную систему** организма¹. При этом система гемостаза настроена так, чтобы в первую очередь обеспечить свёртываемость крови, поскольку состояний, требующих длительно продолжающегося кровотечения, не бывает. И особенно актуальна такая защита во время родов.

Подготовка к будущей кровопотере, связанной с родоразрешением, стартует **уже в начале II триместра**, когда возрастает общий коагуляционный потенциал:

- активируется прокоагулянтное звено гемостаза (нарастает концентрация фибриногена, тромбина, фактора Виллебранда и факторов VII—XII свёртывания крови);
- продукция антикоагуляционных факторов V и XIII снижается.

Местный сдвиг в соотношении свёртывающих и противосвёртывающих агентов (на уровне маточных сосудов) начинается **с момента имплантации**. И хотя гиперкоагуляцию — как местную, так и системную — специалисты признают физиологическим состоянием для беременных, «гравидарный баланс» про-

[Система гемостаза в первую очередь обеспечивает свёртываемость крови, поскольку состояний, требующих длительно продолжающегося кровотечения, не бывает. Особенно актуальна такая защита в родах.]

и антикоагуляционных факторов очень хрупкий. Поэтому, кроме защиты, гемостатическая перенастройка системы гемостаза таит в себе **риск опасных тромбогенных катастроф**, которые не просто входят в число лидеров среди причин материнской смертности, но и трудноуправляемы.

Опасность тромбозов глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) повышена уже во II триместре, а к концу гестации и в послеродовом периоде **нарастает ещё больше**. Так, во время беременности риск тромботических осложнений повышается в 5–10 раз, в первые 6 дней после родов — в 100 раз, а в течение 2–6 нед пуэперального периода — в 20–80^{2–4}. Кроме того, пациентки с повышенным тромботическим риском в большей степени подвержены опасно-

сти преэклампсии, выкидыша или мертворождения в связи с тромбозами сосудов плаценты, пуповины или плода.

В связи с этим перед специалистом возникает ряд вопросов — как предупредить осложнения и решить, кому именно показаны профилактические мероприятия, ведь стартовать они должны с ранних сроков беременности, а возможно, даже с прегравидарного периода.

Эксперты Королевской коллегии акушеров и гинекологов (Великобритания) на этот счёт дают рекомендации **стратифицировать всех** планирующих зачатие женщин и беременных по группам риска венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) и в соответствии с этим подбирать тактику ведения пациентки⁵. В дальнейшем эту тактику необходимо пересмотреть в случае госпитализации беременной, после родов и при

задержке женщины в послеродовом отделении более чем на 3 дня.

Чем опасна погрешка понятий?

В число факторов риска тромботических осложнений включены тромбофилии. И сегодня этот «диагноз» стал настоящей химерой современного акушерства. **Злоупотребление термином** «тромбофилия» и тотальная выдача беременным с выявленными изменениями гемостаза и/или с наследственным дефектом генов «чёрной метки» связаны не только с недостаточной осведомлённостью врачей или с их перестраховкой, но и с путаницей в терминологии, которую отмечают многие эксперты.

Не так давно, в 2013 году в руководстве «Консультации по гемостазу и тромбозу» (Consultative Hemostasis and Thrombosis, Philadelphia)⁶ была опубликована классификация состояний, **непременно сопровождаемых тромбофилией**. В раздел вторичных (приобретённых) состояний включены физиологическая беременность и послеродовой период. По логике авторов, тромбофилию следует считать состоянием, свойственным всем без исключения беременным и недавно родившим женщинам. Очевидно, что это не так.

Неверен и другой подход — диагностировать тромбофилию лишь при обнаружении тромбогенных мутаций/полиморфизма или антифосфолипидных антител. Даже генетическая предрасположенность к ВТЭО **не гарантирует их реализацию** на практике. Кроме того, такие генетические изменения очень распространены в популяции. Так, по данным А.П. Момота и соавт., при обследовании 1306 подростков как минимум одна из четырёх тромбогенных мутаций генов, ответственных за экспрессию фактора V, метилтетрагидрофолатредуктазы (МТГФР), коагуляционного фактора II или ингибитора активаторов плазминогена-1 (РАI-1), была обнаружена **у 91,8% пациентов**⁷. При описанном подходе к верификации тромбофилии подавляющее большинство девушек будут обречены на необоснованную гепаринопрофилактику при будущей беременности.

[Неверно диагностировать тромбофилию лишь при выявлении тромбогенных мутаций/полиморфизмов или антифосфолипидных антител. Генетическая предрасположенность к ВТЭО не всегда гарант их реализации.]

Начало начал

Термин «тромбофилия» впервые был использован в 1965 году, когда норвежский исследователь Олав Эгеберг (Olav Egeberg) обнаружил у членов одной семьи склонность к возникновению тромбозов **в молодом возрасте** и передаче этой особенности по наследству⁸. Исследуя кровь больных родственников, О. Эгеберг обнаружил дефицит естественного антикоагулянта антитромбина III.

В 1968–1970 годах появились первые публикации о том, что тромбофилия возможна и **при нормальном количестве антитромбина**, но при условии изменения структуры молекулы белка. Через 15 лет Джонни Гриффин (Johnny Griffin) обнаружил, что причиной тромбофилии может стать дефицит протеина С, а в 1984 году Чарльз Исмон (Charles Esmon) описал наследственную предрасположенность к тромбозам в результате дефекта протеина S.

В 1993 году шведский исследователь Бьёрн Дальбек (Bjorn Dahlback) описал семейную тромбофилию, опосредованную неспособностью крови реагировать на активированный протеин С. Это происходило в результате дефекта гена, отвечающего за **образование молекулы** коагуляционного фактора V. Такой тип тромбофилии получил название «резистентность к активированному протеину С». Поскольку расшифровку дефектной молекулы фактора V получили в городе Лейден (Нидерланды), заболевание стали называть «лейденская мутация».

В 1996 году голландские учёные сообщили об **открытии** мутации гена, ответственного за формирование молекулы протромбина, — *G20210A*. Его присутствие в геноме увеличивает концентрацию протромбина в крови **на 25%**. Такого рода «особенности» генома входят в новый класс тромбофилий, возникающих за счёт избытка прокоагулянтов.

ВОЗ и Международное общество по тромбозу и гемостазу (International Society on Thrombosis and Haemostasis, ISTH) относят к тромбофилиям склонность к тромбозам с ранним возрастным началом и при наличии **отягощённого семейного анамнеза**, при этом осложнения рецидивируют, а степень их тяжести непропорциональна этиологическому фактору. Очевидно, что и в трактовке этих уважаемых организаций акцент сделан на наследственность синдрома.

Термин «тромбофилия» нередко приравнивают к понятию повышенной свёртываемости крови, что в корне неверно. Гиперкоагуляция — **сугубо лабораторный термин**, свидетельствующий об активации тромбоцитов и фибринообразовании при ингибции фибринолитических реакций, хотя описанные изменения, безусловно, повод для настороженности и руководство к срочной лечебной тактике.

Таким образом, единого понимания термина «тромбофилия» **до сих пор нет**. Аналогичную ситуацию в прошлом наблюдали в связи с диагнозом «антифосфолипидный синдром» (АФС, частный случай тромбофилии), пока в 1998 году на заседании ISTH в Саппоро не были приняты **чёткие критерии диагностики АФС** (доработаны в 2006 году в Сиднее)⁹. Согласно этим рекомендациям, диагноз АФС считают достоверным только при сочетании как минимум одного клинического проявления с изменением лабораторных показателей. Иными словами, нет клиники — нет болезни. Носительство факторов тромбогенного риска без какой-либо клинической манифестации (например, без тромбозов или невынашивания в анамнезе) во избежание гипердиагностики не следует относить к тромбофилии¹⁰.

Истинная тромбофилия предполагает наличие как минимум одного лабораторного признака в сочетании с состоявшимся тромбозом или репродуктивной потерей:

- дефицита антитромбина III, протеинов C и S;
- резистентности фактора V к активированному протеину C;
- мутации фактора V (лейденская);

... Полную версию статьи см. в журнале «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» №4 [33]

