

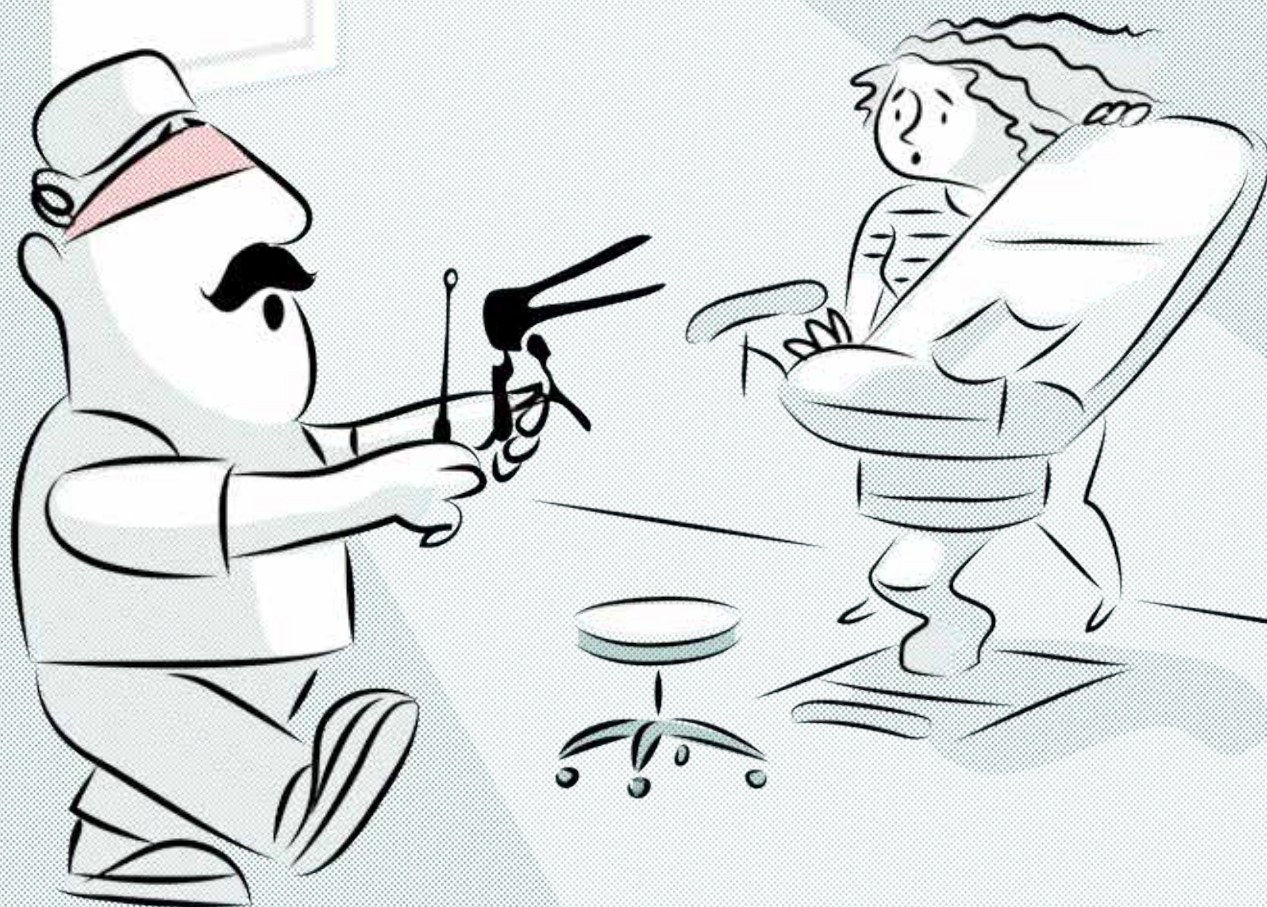
Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#5 [34] 11 / 2016 / StatusPraesens

тема
№

Агрессия, и не только акушерская



ISSN 2074-2347
9 772074 234773
16005

Экспертиза качества медицинской помощи: мультидисциплинарный подход • Есть ли шанс снизить показатели подростковой беременности? • ВЗОМТ: терапевтические стратегии от ведущих мировых экспертов • Как изменились причины обращения к гинекологу за 100 лет? • Климактерический синдром с позиции нейрогормональной регуляции: только о новом • Пора пересмотреть принципы ведения пациенток с CIN любой степени тяжести: обсуждаем стратегии • Клинический случай: нарушения техники операции «аукнулись» отдалёнными последствиями



Уважаемые коллеги!

Мне выпала большая честь поприветствовать читателей этого выпуска. Камчатский край находится далеко, это территория протяжённостью почти 1800 км, для которой характерна низкая плотность населения: здесь проживают всего 316 тыс. человек, а **количество родов** составляет лишь 4200 в год. Однако мы не чувствуем себя оторванными от центральных регионов, потому что акушерско-гинекологическая служба Российской Федерации **раньше других** создала порядки и клинические рекомендации, действующие на всей территории страны, основанные на данных доказательной медицины и регулярно обновляющиеся. А ещё потому, что форумы и конгрессы по акушерству и гинекологии всегда не просто посвящены актуальным темам, но и носят практический характер, выстроены в формате версий и контраверсий и проходят с острейшими дискуссиями. Именно этим объясняется чрезвычайная востребованность «сочинских контраверсий».

Мы работаем на современном оборудовании и внедряем новые технологии: благодаря большим финансовым вложениям правительства Камчатского края наша служба не испытывает недостатка в медицинской технике, расходных материалах и лекарственных средствах. Однако не менее важно и то, что нам постоянно помогают коллеги со всей страны. Мы **научились** извлекать недоношенных детей **в целом плодном пузыре** по видеоматериалам конгрессов благодаря акушерам-гинекологам из Ростова-на-Дону и Благовещенска. Боремся с акушерскими кровотечениями, прослушав версии и контраверсии экспертов из Москвы и Красноярска. Проводим «отсроченные роды» при многоплодной беременности и выполняем «отсроченное» кесарево сечение. Выхаживаем новорождённых совместно с перинатологами из Санкт-Петербурга в онлайн-режиме. Обучаемся в симуляционных центрах Иваново и Томска. Направляем наших пациенток в ведущие федеральные клиники страны: в Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербургский многопрофильный центр Минздрава России. Когда нужно, нам всегда **«подставляют плечо»** врачи из Хабаровска и Владивостока. Коллеги, спасибо за то, что вы всегда с нами!

Журнал StatusPraesens даёт каждому клиницисту доступ к **достоверной** информации, основанной на последних мировых научных достижениях, позволяет «отделить зёрна от плевел», обсудить и применить полученную информацию. А ведь именно информация даёт возможность владеть современным миром. Владейте миром, друзья!

Главный внештатный акушер-гинеколог
Минздрава Камчатского края,
главный врач Камчатского краевого родильного дома
О.В. Ванчикова

Status

гинекология акушерство

#5 [34]

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Рагзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

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

Арт-директор: Алиса Володина. **Исполнительный арт-директор:** Лина Разгулина

Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов

Ответственный секретарь: Татьяна Анатольевна Добрецова

Заместители редакционного директора: Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Катаева

Ответственные редакторы номера: Ольга Александровна Катаева, 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

Ипастова, Татьяна Добрецова, Татьяна Рябкина, Мила Мартынова, Татьяна Рыжова, Надежда

Маркевич, Елена Матюхина, Наталия Артикова, Дарья Андреева

Препресс-директор: Наталья Лёвкина

Выпускающие редакторы: Наталья Лёвкина, Марина Зайкова

Вёрстка: Юлия Скуточкина, 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 000 «Медиабюро Статус презенс» (121615, Москва, Рублёвское шоссе, д. 14, корп. 3, оф. 64). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется 000 «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 5000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 28 ноября 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 107. Тел. 8 (499) 346 3902. Интернет-представительство: www.statuspraesens.ru. E-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в АО «Пушкинская площадь». Адрес: 109548, Москва, ул. Шосейная, д. 4д / 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: Макс Горобец. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Фотобанк Лори.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

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

Статус Пра

гинекология акушерства бе

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

11 МЕДПОЛИТ



Перед широко закрытыми дверями

Есть ли шанс снизить показатели подростковой беременности?

Князев С.А., Руденко Е.А.

За последнее десятилетие частота абортов у девушек 15–19 лет снизилась с 25,03 до 10,0 на 1000 женщин этого возраста. На первый взгляд прекрасно — почти в 2,5 раза! Но это только на первый взгляд. Если оценить среднее количество родов в этой возрастной группе, то получается несколько другой показатель — 26,6 на 1000. Почётное 42-е место в Европейском регионе, в 2 раза больше, чем в Польше, в 3 раза — чем в Германии и в 5 раз — чем в Нидерландах.

25 НОВОСТИ

27 ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА

Сияние коллективного разума

Интервью с руководителем дирекции медицинских экспертиз и защиты прав застрахованных страховой компании «АльфаСтрахование-ОМС», докт. мед. наук, проф. Алексеем Васильевичем Березниковым
Иванов А.В.

37 BACK-UP

Преданья старины глубокой

К 150-летию юбилею со дня рождения проф. В.С. Груздева
Козлов Л.А., Рябинкина Т.С.

43 ПОСТАНТИБИОТИКОВАЯ
ЭРА

Предусмотрительность как кредо

Профилактический минимум в прегравидарной подготовке женщин с хроническим пиелонефритом. Обоснования и доказательства
Хурасёва А.Б., Симоновская Х.Ю., Маркевич Н.Ю.

Пациентки с хроническим пиелонефритом больше подвержены риску инфекционных и неинфекционных осложнений, чем здоровые беременные. На фоне этого заболевания достоверно повышен риск острой сердечной недостаточности, нарушений функции плаценты, прогрессирующей хронической гипоксии и гипотрофии плода.

49

CONTRA-VERSION

Микровойны и макропоследствия

Борьба с ВПЧ: горизонты возможностей

Минкина Г.Н., Смирнова Т.В., Рябинкина Т.С.

56

Всем — но не всё!

Микронутриентная поддержка с доказанной пользой для планирующих ребёнка и беременных. Мнение зарубежных и российских экспертов

Ипастова И.Д., Маклецова С.А.

65

ПЕХТ-ПРОСВЕТ

«Серые кардиналы» репродуктивной регуляции

Климактерический синдром с позиции нейрогормональной регуляции: только о новом

Касян В.Н.

72

Назад в будущее или революция?

ВЗОМТ: стратегия достижения длительной ремиссии и рациональный подход к терапии острых и обострившихся процессов

Хрянин А.А.

83

VIA SCIENTIARUM

Делимся опытом

Лечение предраковых поражений шейки матки: как повысить шансы на полное выздоровление?

Покуль Л.В.

88

Роль не второго плана

Гиперактивный мочевой пузырь в структуре генитоуринарного синдрома в менопаузе: диагностика и лечение

Горбунова Е.А., Аполихина И.А.



Основные механизмы удержания мочи эстрогенозависимы: из-за недостатка эстрогенов снижается кровоснабжение сосудистых сплетений уретры, что влечёт сокращение трансудации и уменьшение внутриуретрального давления, которое на 2/3 обес-печено за счёт нормальной васкуляризации уретры. Поэтому на фоне ГУСМ при отсутствии лечения практически неизбежно развитие недержания мочи.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

99 РАБОТА НАД
ОШИБКАМИ

Управляемым причинам мертворождаемости — бой!

Оценка состояния плода в ante- и интранатальном периодах: качество вместо количества

Орджанц И.М., Ипастова И.Д., Побединская О.С.

108

Плацента на страже долголетия и здоровья

Инновационные перспективы профилактики биологического старения

113 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Размер имеет значение

Профилактика макросомии плода путём коррекции метаболических нарушений у беременной

Ших Е.В., Когенцова В.М., Матюхина Е.Г.



Для педиатров **процентильные таблицы** — уже привычная реальность. Идея проста: все дети (и плоды) разные, но характеристики здорового плода (длина тела, масса) должны укладываться в некий коридор нормальных значений. Например, при гестационном возрасте 34 нед «разброс» нормальной массы плода должен составлять от 1874 до 2538 г — именно такова масса у 80% всех плодов в популяции. Берём опыт педиатров на заметку.

125 ТЕХНОБУДУЩЕЕ

Только целостный подход

Эволюция жидкостной цитологии и 15-летние результаты различных скрининговых программ за рубежом. Что значимо для нас?

Спивак И.А., Бадалова Л.А., Артикова Н.Л.

136

Свобода выбора

Эмболизация маточных артерий как самостоятельный метод в терапии миомы матки: данные доказательной медицины

Майскова И.Ю.

143 CASUISTICA

Исправляя чужие ошибки

Как дефект оперативного вмешательства может проявиться в будущем

Саликов А.В., Оразмурадов А.А., Шурыгин С.Н., Волков Д.А., Цулая А.З.

148 ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

нерешённые вопросы гинекологической практики

Незнание? Неумение? Агрессия?



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

Совсем скоро из типографии мы получим тираж долгожданной «**Акушерской агрессии**». И это не перепечатка предыдущего издания — скорее переосмысление всего произошедшего в системе родовспоможения за 7 лет с момента выхода первой книги.

Ещё в процессе подготовки **версии 2.0** меня и моих коллег поразили перемены в отрасли, что не могло не найти отражения в новой книге. Прежде всего это реально снизившиеся показатели материнской смертности, подтверждённые её гораздо более адекватной структурой.

Меньшее удовлетворение вызывает анализ **перинатальной смертности**, показывающей существенные различия между цивилизованными странами в распределении по весовым категориям новорождённых. Аналогичная ситуация уже была в России до 2008 года, когда Росздравнадзор провёл проверку и выявил «переброшенных» в выкидыши младенцев и плоды массой 1000 г и более; после приведения статистики в соответствие с реальностью частота преждевременных родов возросла почти вдвое (с 3,5 до 5,9%). Но это было при учёте с 1 кг, а теперь с 500 г. И перинатальная смертность снижается, **ошеломляя** результатами выживаемости экстремально маловесных детей.

Однако речь сегодня должна идти не только об агрессии акушерской. Гинекология — не менее опасное «минное поле» для всех участников процесса.

В целом прогрессивные изменения сегодня мы наблюдаем в усовершенствовании требований эпидрежима, в технологиях лечения больных и даже в уменьшении числа госпитализируемых в отделение патологии беременных с **несущими** в природе диагнозами «плацентарная недостаточность» и «угрожающие преждевременные роды» при длине шейки матки 3,5–4 см.

Наряду с этими и другими достижениями в акушерско-гинекологической службе анализ свидетельствует, что продолжающееся **снижение доли женщин репродуктивного возраста*** (в 2010 году — 26%, в 2014-м — 24%) и вступающих в этот период **подростков** (18 и 19% соответственно; для справки: в Узбекистане подростков 41%) сопровождается увеличением **числа болезней**, прежде всего препятствующих деторождению.

Проблема непростая, требующая неотложных мероприятий. Существует довольно образное, но верное сравнение: гинекологическое здоровье — это **поле репродукции**. Продолжая проводить параллели, можно отметить взаимосвязь: плохая

* Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб. М.: Росстат, 2015. 174 с.

почва — это истощение и болезни, плохая пахота, не позволяющая получить достойный урожай. В полной мере это относится к уменьшающемуся количеству и ухудшающемуся качественно репродуктивному контингенту первой половины XXI века.



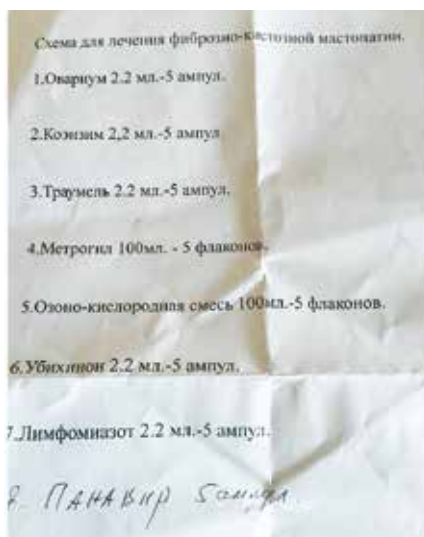
Рост общей гинекологической заболеваемости произошёл в последние годы не за счёт мифических «аднекситов» и «сальпингоофоритов», а вследствие увеличения числа пациенток с **расстройствами менструаций** — настоящих, а не придуманных! Это, несомненно, свидетельствует о хорошей квалификации врачей и о необходимости дальнейшего профессионального совершенствования в вопросах **эндокринной гинекологии**.

Мы уже неоднократно обращали внимание на абсурдность наличия в штате учреждений несуществующей в номенклатуре, утверждённой Минздравом, специальности «гинеколог-эндокринолог». Практически 80% гинекологических заболеваний эндокринно детерминированы и каждый **гинеколог должен знать** и уметь диагностировать и лечить эти болезни. Здесь вполне уместно воздать должное «**оптимизации**» штатного расписания женских консультаций, оставшей только гинекологов на участках. Сама жизнь вынуждает ликвидировать несуществующие «узкие» специальности и кабинеты: невынашивания, бесплодия, шейки матки и пресловутой «эндокринной гинекологии».



Продолжая мысль о гормональной детерминированности, надо сразу сказать, что до сих пор существующая как в обществе, так и в среде врачей **гормонофобия** — причина низкой распространённости контрацепции, МГТ и неграмотного лечения многих репродуктивных нарушений. Неумение стимулировать овуляцию приводит к тому, что женщин с неизменными, проходными маточными трубами направляют в центры ЭКО и там зачастую включают в программы, увы, не только получения яйцеклетки, но и не показанного им ЭКО. Получается, что вместо необходимого лечения **самый нужный** стране контингент — женщины, желаю-

щие родить ребёнка, — подвергается агрессивному, многолетнему, порой противоречащему Приказу №572 «лечению» несуществующих в МКБ-10 «гартнереллёза» и «микоплазмоза». Особенно агрессивны эти действия по отношению к тем, кому действительно после 6 мес обследования надо **как можно быстрее** попасть в центр ВРТ: не в 34—38—44 года, а при ещё сохранившемся овариальном резерве. На последнем конгрессе ведущей международной организации FIGO все были потрясены сообщением о почти двукратном **снижении овариального резерва** у женщин с 22 до 27 лет (!). Вот почему любая задержка в обследовании и лечении бесплодной пары — это уже агрессия по отношению к конкретной женщине и её семье, к государству и обществу в целом.



Продолжая мысль о **лекарственной агрессии**, необходимо вновь вернуться к гипотетическим диагнозам и их конкретному лечению. Вопиющая **полипрагмазия** до сих пор остаётся самой страшной, наказуемой, но коммерчески, вероятно, выгодной. Любопытные могут подсчитать стоимость этого набора для лечения «неизвестно чего неизвестно чем».



А **прямой хирургической агрессией** следует считать самую распространённую «мелкую операцию» — раздельное диагностическое выскабливание. Начнём

с того, что уже сама «раздельность», т.е. отдельный соскоб стенок цервикального канала, бессмысленна: аденокарциномы шейки матки бывают чрезвычайно редко, а плоскоклеточный рак обнаруживают только при биопсии шейки матки. Выскабливание стенок матки ещё более злостно: в случае когда аденокарцинома действительно есть, пациентка попадёт на операционный стол не ранее чем через 3 мес после выскабливания, а за это время диссеминированный хирургическим воздействием рак будет распространяться по матке и за её пределы. В мировой практике для этой клинической ситуации применяют аспирационную биопсию. Выскабливание показано только при неясной гистологической картине. Это **резерв для экономии средств**: офисная гистероскопия и аспирационная биопсия — амбулаторные манипуляции, не требующие госпитализации.



Как ни покажется странным, **бездействие** тоже можно расценить как агрессию. Иначе и не назовёшь ситуацию, когда женщине любого возраста, страдающей пролапсом гениталий и/или недержанием мочи, не предлагают оперативное вмешательство или попросту отказывают в лечении этого заболевания. С последствиями мы сталкиваемся регулярно: низкое качество жизни, дисбиозы с бесконечным лечением «молочницы» и бактериального вагиноза. Половая щель не должна зиять! Выпавшие стенки влагалища и шейку не надо заправлять! Этих пациенток **надо оперировать**, и другого решения тут быть не может!

Вышеперечисленное далеко не полностью исчерпывает список «угроз», исходящих от бездумного применения врачебных знаний или вовсе от незнания.



К сегодняшнему моменту мы уже накопили солидный багаж опыта противодействия необоснованным акушерским вмешательствам. Это не может не радовать и уж точно вселяет оптимизм, что российские врачи сумеют решить непростую задачу **преодоления агрессии. И не только акушерской.** **SP**

перед широко закрытыми дверями

Есть ли шанс снизить показатели подростковой беременности?



Авторы: Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук; Elizaveta Alekseevna Rudenko StatusPraesens (Москва)

Поколение Z — «цифровые» подростки, жизнь которых немыслима без компьютерных и сетевых технологий: они учатся, знакомятся и общаются при помощи мессенджеров, обмениваются информацией, любимыми книгами или музыкальными записями, не выходя из дома, нажатием на кнопку они могут выставить свою жизнь на обозрение миллионам. Они объединяются в сообщества и легионы, они могут добыть **любые** сведения, для них не существует запретных тем, они знают всё, они не верят в идеалы, они — абсолютные рационалисты.

Всемирная сеть, где молодёжь блестяще ориентируется, содержит достаточно информации об опасности ранней беременности, о вреде абортов, но исследователи продолжают говорить о **«проабортном» поведении российских тинейджеров**. Как это сочетается с образом «абсолютных рационалистов»? Или это обычные дети, **жадно и бездумно** пробующие всё на вкус, с первобытным любопытством подходящие к краю пропасти, чтобы лично убедиться в том, что она есть?

Акушеры-гинекологи и организаторы здравоохранения сетуют на отсутствие сексуального просвещения в российских школах, а некоторые религиозные деятели и публичные персоны в этом вопросе, напротив, стоят насмерть — «никогда и ни за что!!!». Неужели наше общество не хочет признать очевидное? И существует ли «однозначно очевидное» в этом вопросе?

Согласно официальной российской статистике, за последнее десятилетие частота абортов у девушек 15–19 лет снизилась с 25,03 до 10,0 на 1000 женщин этого возраста¹. На первый взгляд прекрасно — почти в 2,5 раза! Но это только на первый взгляд. Если оценить среднее количество родов в этой возрастной группе, то получается несколько другой показатель² — 26,6 на 1000. Почётное **42-е место** в Европейском регионе, в 2 раза больше, чем в Польше, в 3 раза — чем в Германии и в 5 раз — чем в Нидерландах. Единственное, что может хоть как-то утешить, — почти столько же в США, с которыми часто сравнивают нашу страну пропагандисты.

Этой теме посвящено большое количество статей и докладов, в которых специалисты прекрасно освещают проблему, **показывают неутешительную статистическую картину** и предлагают меры для исправления ситуации. Однако почему же такой незначительный прогресс в отношении подростковой беременности мы видим в нашей стране?

Хочу всё знать

Представим себе девушку 15 лет, а ещё лучше — поставим себя на её место. Возраст гормонального взрыва, первой влюблённости и попыток первых

«взрослых» отношений. Всегда ли она помнит об их вероятных негативных последствиях? Многие молодые люди, как, кстати, и взрослые, предпочитают в такой момент отключать разум, полагаясь на извечное «авось пронесёт», но в спокойной обстановке, как правило, **приходит осознание**, чем они могут закончиться. Однако наша героиня — **рассудительная** девушка — решает **заранее** защитить себя и своё будущее от возможных последствий первой любви.

В российской школе **подобной информации не дают**, это табуированная область знаний. Так куда же ей обратиться? В школьный врачебный кабинет — смешно, там лечат только ссадины и освобождают от уроков в случае простуды. Скорее всего при определённой настойчивости она попадёт к детскому гинекологу или врачу акушеру-гинекологу **женской консультации**, поскольку регламентированные Приказом №572н Минздрава РФ «Центры охраны репродуктивного здоровья подростков» в стране существуют в единичных экземплярах.

Консультирование девочек до 17 лет по вопросам контрацепции и инфекций, передаваемых половым путём, относится

к первичной медико-социальной помощи (Приказ №572н, п. 88 «в»). В соответствии со статьёй 20 Закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» эту помощь оказывают **по информированному добровольному согласию**, которое, как указано в статье 54, п. 2, может дать лицо, достигшее 15-летнего возраста (для больных наркоманией — 16-летнего). Итак, до этого возраста подросток не может **анонимно** получить консультацию по таким вопросам.

Кстати, Гражданский кодекс РФ устанавливает полную дееспособность с 18 лет (ст. 21 ГК РФ), причём с 14 до 18 лет допустимы совершение мелких бытовых и некоторых финансовых сделок, управление авторским правом (ст. 26 ГК РФ). Зачем «специальный закон» вводит дополнительный возрастной порог в 15 лет, **остаётся загадкой** — с 14 лет можно распоряжаться своими финансами, **но не собственным здоровьем**. На практике это означает, что девушка-подросток до достижения 15-летнего возраста сможет узнать, как предохраняться от беременности и инфекций, передаваемых половым путём, только если она проявит большую настойчивость по этому вопросу во

[Девушка до 15 лет сможет узнать о предохранении от беременности и половых инфекций, если проявит настойчивость по этому вопросу во время диспансеризации. А её партнёра никто обучать не собирается: проблема незапланированной беременности в сознании россиян исключительно женская.]



время профилактического осмотра — диспансеризации. Однако её партнёра никто обучать и консультировать **не собирается**: проблема незапланированной беременности в сознании большинства россиян исключительно женская.

Часть нашего общества считает такое положение вещей даже излишне либеральным, настаивая на ещё большем «закручивании гаек» в отношении контрацепции подростков, и призывает запретить подобные консультации, **называя их попыткой подрыва** российских устоев развратом, насаждаемым Европой и США. Попытаемся разобраться, так ли это.

Anarchy in USA

На первый взгляд в США идёт активная работа по профилактике подростковых беременностей. В большинстве школ в рамках предмета «Здоровье» («Health») проводят уроки сексуального образования³, а в 22 штатах из 50 действуют программы, финансируемые правительством страны, по предоставлению школьникам конфиденциальных консультаций специалистов по подбору контрацептивов, а также по их бесплатной выдаче⁴. При этом **уведомления родителей не требуется**.

Однако эта прекрасная картина находится в противоречии с фактами. Согласно данным Национального центра статистики здравоохранения (National center of health statistics), число подростковых беременностей в США хоть и снизилось более чем на 50% с момента своего пика в 1991 году, но на сегодняшний день составляет **24,2 беременности на 1000 женщин** в возрасте 15—19 лет. Эти показатели всё равно значительно выше, чем в остальных развитых странах⁵. Что же не так? В чём причина того, что даже «самая процветающая нация в мире» оказывается неспособной эффективно противостоять проблеме незапланированной беременности у тинейджеров?

Многие эксперты в США считают существующий там подход к сексуальному воспитанию неправильным. Например, в большинстве школ, особенно религиозных, программы сексуального образования основаны в первую очередь **на пропаганде полного воздержания**

от половых контактов (так называемые программы «Just say no»*) и не предоставляют ученикам достоверной информации о контрацепции. Как показала практика, такое «просвещение» не оказывает значимого влияния на сексуальное поведение молодёжи, обуреваемой гормонами и влечением ко всему неизведанному и запретному.

Очевидно, что реальный эффект имеют только те программы, в рамках которых предоставляют объективную, научно подтверждённую информацию обо всех аспектах сексуальных отношений, в том числе о необходимости использования контрацепции и её видах.

В США нет строгих федеральных стандартов школьного образования,

с пропагандой полного воздержания от любых сексуальных контактов во многих школах существуют отдельные просветительские программы для беременных учениц или, по крайней мере, идут дополнительные внеурочные занятия по подготовке к уходу за ребёнком⁶. А может, в этом противоречивом отношении к вопросу подростковых беременностей и зарыта истинная причина столь высоких статистических показателей?

Справедливости ради стоит заметить: несмотря на жёсткую пропаганду «гrehовности» добрых половых контактов, отношение к беременным ученицам со стороны администрации **вполне доброжелательное**, их совсем не считают кем-то «из ряда вон выходящим». В США

[В большинстве школ США программы сексуального образования основаны на пропаганде полного воздержания от половых контактов и не предоставляют ученикам достоверной информации о контрацепции.]

I love you, California

Калифорния — единственный штат, который никогда не принимал федерального финансирования, направленного **на развитие программ** полового воспитания, пропагандирующих воздержание. В 2003 году калифорнийскими властями был принят законодательный акт, устанавливающий **требования** к качеству сексуального образования, предоставляемого в школе (California comprehensive sexual health and HIV/AIDS prevention act)⁷. В соответствии с ним ученикам обязаны предоставлять **достоверную с научной точки зрения** информацию о сексуальных отношениях, предотвращении нежеланной беременности и профилактике инфекций, передаваемых половым путём, в том числе о необходимости использования средств контрацепции.

О воздержании здесь говорят как об одном из способов предотвращения нежеланной беременности и заражения ВИЧ, однако собственно программы «Just say no» **запрещены** в государственных школах этого штата. Указанный акт также расширил доступность бесплатных контрацептивов для молодых людей. В результате в Калифорнии за последнее десятилетие темп снижения подростковых беременностей оказался **на 37% выше**, чем в целом по стране⁸.

и сложившиеся различия в методах полового просвещения в разных штатах — не что иное, как отголоски этого факта. В целом ситуация в США выглядит крайне неоднозначно и содержит массу логических парадоксов. Одновременно

таких девушек не вынуждают переходить в другую школу или на домашнее обучение, с чем иногда сталкиваются их беременные сверстницы в нашей стране.

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

* Просто скажи «нет» (англ.).

Скоро! Долгожданная «Акушерская агрессия v. 2.0»

Редакция журнала StatusPraesens с огромной радостью предвкушает выход в свет продолжения бестселлера 2011 года — книги «Акушерская агрессия». Совсем скоро у каждого практикующего врача, организатора и студента будет возможность получить квинтэссенцию профессиональной информации — всё самое важное и необходимое, прогрессивное и доказанное в современном акушерстве. А пока предлагаем вам подборку цитат и особенно увлекательных иллюстраций из новой книги.

...Наше время отмечено информационным бумом; разноречивые теории, представления, предложения по «новым» способам ведения беременности и родов возникают чуть ли не еженедельно. В такой ситуации врачу трудно, а порой и невозможно разобраться в пользе либо риске для матери и плода от применения разнообразных новинок.



...Родилось не больше детей, чем ожидали специалисты, и демографический кризис никуда не делся. Достаточную финансовую опору материнству государство предложить не смогло, и основным мотивирующим фактором на рождение ребёнка остаётся психологическая потребность в детях.



...Некомпетентные эксперты, в том числе, увы, сотрудники страховых компаний, «штрафуют» родовспомогательное учреждение за неправильные



[**Необходимо мужество не назначить ненужное лечение, взамен традиции лечить «неизвестно что неизвестно чем».**]

действия врачей. Чем меньше уровень знаний, тем агрессивнее эксперт и его заключения. Путь преодоления один: эксперт по профилю «акушерство и гинекология» должен быть аттестован на общих основаниях по этой специальности и иметь как минимум первую квалификационную категорию.



...В XXI веке мы наблюдаем демедиализацию лечебного процесса. В настоящее время врачу необходимо иметь гораздо больше мужества **не назначить ненужное лечение**, чем традиционно лечить «неизвестно что неизвестно чем».



...Парадоксальна статистика выживаемости недоношенных детей. Выглядит она так, словно в РФ детей с массой тела 500–1000 г умирает меньше, чем в странах «Большой семёрки», а при 1500 и 3500 г — в разы больше! Значит ли это, что мы лучше лечим, чем в Германии и Великобритании, и чем глубже недоношенность, тем мы эффективнее лечим? Вряд ли. Мы просто больше обманываем для «улучшения показателей».



...Особого внимания заслуживает такое явление, как потребительский экстремизм, который появился в РФ в самом начале XXI века и в настоящее время стремительно набирает обороты. В медицине это понятие включает в себя недобросовестное поведение пациентов, злоупотребление своим правом и особым положением на рынке медицинских услуг.





...Если анестезиолог (иногда даже главный специалист больницы, города или области) говорит, что обладает какими-то «личными» соображениями против перидуральной анестезии, значит, он просто не умеет её делать. Кесарево сечение следует выполнять только под регионарной анестезией, кроме случаев, когда для неё есть абсолютные противопоказания или необходимые пролонгация вентилизации. Во всех остальных случаях мнение отдельного анестезиолога никакого значения не имеет и иметь не может!



...«Болезнь загадок и предположений», — сказал 50 лет назад мой учитель Н.С. Бакшеев о синдроме, в СССР называвшемся «поздним токсикозом» и «нефропатией», а в РФ именовавшемся «гестозом», а с 2013 года — «преэклампсией». После длительных обсуждений терминологии в последние годы я дал себе слово в подобных дискуссиях не участвовать. Причина проста: как этот синдром ни назови, погибают женщины от полиорганной недостаточности.



...В наше время появилась агрессия, о которой раньше и речи не могло быть. Откуда этот бред появился — никто не знает, но кто-то стал наклад-

ывать швы на шейку матки, а сверху ставить пессарий. Такого абсурда представить невозможно.



...Анализ существующей ситуации показал, что за период 2014–2015 годов в России именно акушеры-гинекологи лидируют по количеству выявленных в результате экспертизы дефектов оказания медицинской помощи.

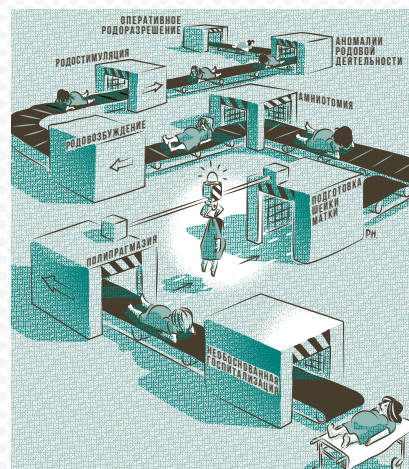


...Организаторам здравоохранения необходимо сделать врача своим союзником, проводником здоровых идей, объясняя цели, задачи и обеспечивая его административной и законодательной поддержкой.



...Успешному исходу борьбы с акушерским кровотечением мешает отсутствие алгоритма взаимодействия в критической ситуации акушеров, анестезиологов-реаниматологов и хирургов. Затруднения и несогласован-

[В роддомах, не «игущих» в ногу со временем, можно ожидать повышения смертности.]



ность начинаются с пропускаемого этапа профилактики кровотечения и заканчиваются катастрофическим запаздыванием хирургического лечения, отказом от органосохраняющих операций, неверной тактикой восполнения кровопотери.



...Достаточно легко отличить современные родильные дома от архаичных, где **по-прежнему** ставят очистительную клизму, бреют лобок при поступлении, катетеризируют мочевой пузырь и кладут лёд на низ живота после родов. Именно такие «исторические артефакты» требуют особого внимания, поскольку **сохраняют ненужные технологии**, не идут в ногу со временем, не используют на практике рекомендации доказательной медицины. В подобных родильных домах можно ожидать и другие потенциально вредные действия, повышающие материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.



...Совершенно противоестественен так называемый «обход новорождённых», если в одну комнату свозят всех детей, находящихся на совместном пребывании. Трудно придумать объяснение этому «обходу», кроме удобства для врача и персонала! Именно эти помещения становятся основными рассадниками инфекции!

преданья старины глубокой

К 150-летию юбилею со дня рождения проф. В.С. Груздева



Авторы: Лев Александрович Козлов, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии №1 Казанского ГМУ (Казань); Татьяна Сергеевна Рябинкина, StatusPraesens (Москва)

Бывают ли незаменимые люди — те, без кого наша жизнь и профессия были бы чуточку другими? Как пел Владимир Высоцкий, «...пророков нет в отечестве своём, но и в других отечествах — не густо»... И всё же мало, но они есть.

Исторически в России собственных акушеров-гинекологов начали готовить позже всех в Европе. Для сравнения: если верить Большой медицинской энциклопедии 1928 года издания, первый учебник для повивальных бабок был написан греком Мосхионом ещё в 220 году. В 1513 году немецкий врач Евхариус Рёсслин опубликовал уже иллюстрированное пособие по родовспоможению — под названием «Розовый сад» (Der Rosengarten). В России же первые «бабичьи школы» открылись только в 1757 году, и учителей в них приглашали из Германии. Преподавание на немецком языке не облегчало 6-летней учёбы (учебник Горна был переведён на русский только в 1764 году), да и финансовых проблем перед «повивальными бабками» стояло множество...

Юной акушерско-гинекологической службе пришлось многое преодолеть, прежде чем она окрепла и достигла хороших, очевидных результатов. На протяжении веков науку о женском здоровье помогали развивать видные специалисты, и если сначала это были только гастарбайтеры*, то затем и российские врачи. Сегодня, оглядываясь в прошлое, мы можем сказать: есть акушеры в своём отечестве! В их числе и воссиявшие на научном небосклоне ещё 100 лет назад новые светила — представители казанской медицинской школы.

В России одними из первых гинекологических отделений были организованы в Санкт-Петербурге (1842), а затем в Москве (1875). Однако, практически на 9 лет раньше, чем в Санкт-Петербурге, первая акушерская клиника появилась в Казани. Открытие произошло в 1833 году, в клинике было всего лишь 6 коек. А в 1840 году больница переехала в отдельное здание, количество коек было увеличено до 14, хотя плановых гинекологических больных там не было — только пациентки в неотложных состояниях. Уже в 1860 году количество коек выросло до 25 и открылась гинекологическая амбулатория, в которой получали помощь проходящие

больные. С 1900 года, когда кафедрой стал заведовать проф. Викторин Сергеевич Груздев, клиника вышла на гораздо более масштабный уровень работы.

Казанский инноватор

Профессора Груздева можно по праву считать одним из основателей акушерско-гинекологической службы в Казани. Он не только создал в России онкогинекологию и первым начал применять для лечения лучевую терапию, но ещё и обучил своих блестящих последователей — Михаила Сергеевича Малиновского (1880–1976) и Леонида Семёновича

Персианинова (1908–1978). Оба ученика профессора стали впоследствии лидерами московской школы акушерства и гинекологии.

Викторин Сергеевич чутко реагировал на любые события в мировой науке, не раз брал на себя роль первопроходца и инициатора введения новых методов лечения и диагностики. Со своими учениками он детально проработал ряд вопросов о первичном и метастатическом раке женских половых органов и о причинах возникновения мочеполовых свищей, предложил методы лечения. Более того,

* Дословно «гостящий работник», перевод с нем. *gastarbeiter*: *gast* — гость, *arbeiter* — рабочий.



Викторин Сергеевич Груздев родился в 1866 году в г. Кинешме. В 1891 году окончил Петербургскую военно-медицинскую академию. В 1894 году защитил диссертацию по теме «Саркомы яичников» и получил степень доктора медицины. Этот научный труд послужил отправной точкой в дальнейшей медицинской деятельности профессора.

После защиты диссертации в течение 3 лет он стажировался за границей. У знаменитого австрийского учёного Эрнста Вертгейма (Ernst Wertheim) Груздев освоил технику расширенной экстирпации матки.

За время своей научной деятельности профессор издал более 110 научных работ, в том числе монографий, а также одно из лучших руководств по женским болезням.

профессор внёс свой вклад даже в развитие метода **экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов** в полость матки! В 1897 году он проводил опыты по «искусственному оплодотворению»: получал из яичников кроликов яйцеклетки, добавлял к ним сперматозоиды и вводил эту смесь в яйцеводы. Эти опыты **послужили прообразом** современной про-

В первую очередь мы обнаружили знакомые бланки для сбора первичного анамнеза в приёмном отделении. Что в начале XX века, что сейчас — они **мало чем отличаются друг от друга**. Однако заметим, что наши старинные коллеги не очень-то тщательно заполняли документацию. Видимо, тогда врачи не подвергались «охоте на ведьм» со

[Ещё в 1928 году, за полвека до появления термина «перинатальное акушерство», Груздев ратовал за широкое внедрение кесарева сечения.]

цедуры ГИФТ (GIFT). В результате многочисленных экспериментов профессор Груздев обнаружил, что главную роль в успешном оплодотворении играет степень зрелости яйцеклеток. Этот вывод не потерял актуальности до сих пор.

«Ничего особенного»

В редакцию SP попал **амбулаторный журнал** клиники профессора Груздева*, датированный ни много ни мало 1913—1915 годами, и там оказалось чрезвычайно много интересного.

* Любезно предоставленный нам проф. И.Ф. Фаткуллиным, ныне зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМУ и главным акушером-гинекологом Минздрава РФ по Приволжскому федеральному округу.

на каждой странице проф. В.С. Груздева никто заставить не мог.

Естественно, большинство диагнозов формулировали на латинском языке, но всё, что касалось **абортов**, — либо на английском, либо на русском. Напомним, что как раз в это время во врачебном обществе шли **ожесточённые дискуссии** о самой возможности законного искусственного прерывания беременности. Так, в резолюции XII Пироговского съезда от 2 июля 1913 года после долгих обсуждений указали: «Уголовное преследование матери за искусственный выкидыш никогда не должно иметь места... Должны быть освобождены от уголовной ответственности и врачи, производящие искусственный выкидыш по просьбе и настоянию. Исключение из этого положения должны составлять врачи, сделавшие искусственный выкидыш из корыстных целей своей профессии и подлежащие суду врачебных советов». А ведь были и **противоположные** мнения...

При изучении амбулаторного журнала выявлены и другие интересные особенности. Например, очень часто попадались молодые девушки, ни разу не рожавшие, но с выраженным опущением стенок влагалища, а иногда — с выпадением матки. Видимо, это связано с тем, что в амбулаторию обращались **женщины из разных слоёв населения**, в том числе и такие, которым приходилось выполнять крайне тяжёлую физическую работу.

Без всяких подсчётов бросилось в глаза огромное количество пациенток с неправильным положением матки. К сожалению, из-за того, что бланк первичного анамнеза в журнале заполняли не очень подробно (да и не очень разборчиво), можно лишь **предполагать**, что это скорее всего было связано не с врождёнными аномалиями, а с развитием спаечного процесса после перенесённых ранее воспалительных процессов различной этиологии и локализации, что проявлялось болевым синдромом, который можно было «объяснить» в те времена одним — отклонениями матки.

Кстати, женщин с воспалительными заболеваниями половых органов было большинство. В те времена возможности лабораторной диагностики были очень ограничены, и врачам далеко не всегда удавалось верифицировать си-

филис и гонорею: такие диагнозы в записях крайне редки, однако, вероятно, эти инфекции занимали **далеко не последнее место** в этиологии спаячных процессов.

Естественно, в амбулатории наблюдали множество беременных. Нас несколько удивило, что поступало очень мало пациенток с диагнозом «внематочная беременность», хотя, казалось бы, существовало предостаточно предрасполагающих к этому факторов — с воспалением придатков различной этиологии обратилось большинство женщин (186). Догадок, почему это не провоцировало рост числа внематочных беременностей, две: возможно, у этих пациенток серьёзно снижалась фертильность, а пациентки с главным и часто первым проявлением — брюшным кровотечением — просто погибали, не обращаясь к врачам.

Несмотря на то что онкология была **ведущим направлением в деятельности кафедры**, доля больных с новообразованиями была невелика. Возможно, это было связано с необразованностью населения: женщины не обращались за помощью до тех пор, пока болезнь не развивалась до последних стадий, когда диагноз не вызывал сомнения и уже мало чем можно было помочь. Профессор Груздев сожалел об этом, а в своих статьях и выступлениях и настойчиво продвигал идею выделения онкологии в отдельную специальность и создания соответствующего клинического института. Его правоту доказало время.

Предвидеть будущее

Талант Викторина Сергеевича позволял ему видеть далеко вперёд, опережая мысли многих современников. За полвека до появления термина «перинатальное акушерство» проф. В.С. Груздев **на VIII Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов**, состоявшемся в 1928 году в Киеве, предложил спасти жизнь неродившегося ребёнка путём чревосечения матери — при ряде состояний, угрожающих его жизни (лицевое предлежание и др). Программный доклад казанских акушеров В.С. Груздева и А.И. Тимофеева «К современному положению вопроса об абдоминальном кесарском сечении», в котором авторы указывали на снизившуюся опасность такого метода родоразрешения для матери и его положительное влияние на сокращение показателя младенческой смертности, стал основой дискуссии, в которой приняли участие десятки учёных. Однако **резолуция съезда была, тем не менее, достаточно консервативной**: «Ближайшие результаты кесарева сечения уступают по безопасности способам родоразрешения через естественные родовые пути, и что детская смертность далеко не приближается к нулю, как пытались доказать энтузиасты кесарева сечения».

К сожалению, научному сообществу потребовалось 50 лет, чтобы «дораста» до идей Викторина Сергеевича, — только в 1979 году на Оренбургском объединённом пленуме правлений Всесоюзного и Всероссийского обществ акушеров-гинекологов вернулись к тезисам программного доклада 1928 года, и перинатальное акушерство получило право на существование. Совершенно так же обстояло дело и с **онкогинекологией** — о необходимости создания онкологического исследовательского института для борьбы с раковыми заболеваниями профессор написал в 1926 году, а сделано это было только через 20 лет.

[Груздев внёс вклад и в развитие экстракорпорального оплодотворения: уже в 1897 году он проводил опыты по «искусственному зачатию» на кроликах.]

У истоков гинекологической эндокринологии

В повествовании о проф. В.С. Груздеве нельзя не упомянуть о его вкладе в развитие **эндокринной гинекологии**.

Более двух столетий продолжалась дискуссия о происхождении жёлтого тела. В 1870 году проф. К.Ф. Славянский высказал предположение, что *corpus luteum* исходит из эпителиального слоя фолликула. В поддержку идеи одного из своих учителей Викторин Сергеевич опубликовал две работы* с клиническим обоснованием этой версии и поручил выполнить гистологическое исследование своему сотруднику — А.И. Тимофееву. Блестящие результаты работы были опубликованы в 1913 году в монографии А.И. Тимофеева «О развитии жёлтого тела яичника человека», в которой представлено обоснование временной связи между менструацией и овуляцией, поставлена точка в вопросе об источнике *corpus luteum*.

Сотрудники проф. В.С. Груздева изучали гормональную диагностику беременности на ранних сроках, взаимоотношения гипофиза, щитовидной железы и яичников. Исследования продолжаются и по сей день.



Весь жизненный путь проф. В.С. Груздева — поиск новых, никем не хоженных путей, генерация новых идей и претворение их в жизнь. Быть **первопроходцем**, часто преодолевая сопротивление общества, нелегко. Но его девиз «Работать!.. причём на научной почве, ибо... лишь наука, и только наука, в силах обеспечить счастье и благо человечества» придавал ему сил, позволяя добиваться невиданных свершений, невзирая на окружающие обстоятельства — революции, войны, голод.

Большую половину своей жизни, а именно 38 лет, проф. В.С. Груздев проработал в стенах клиники **Казанского университета**, став родоначальником казанской школы акушерства и гинекологии — одной из лучших в стране, которая дала жизнь целой плеяде выдающихся акушеров-гинекологов, и после смерти, наступившей 7 февраля 1938 года, его сердце** навсегда осталось в стенах клиники. **SP**

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

* «К патологии жёлтых тел яичника» [журнал «Русский архив патологии», 1901] и «К вопросу о кистах жёлтых тел яичника» [«Журнал акушерства и женских болезней», 1905].

** Проф. В.С. Груздев завещал хранить своё сердце и головной мозг в клинике — в виде макропрепарата.

ТОЛЬКО ЦЕЛОСТНЫЙ ПОДХОД

Эволюция жидкостной цитологии и 15-летние результаты различных скрининговых программ за рубежом.

Что значимо для нас?



Авторы: Ирина Александровна Спивак, канд. биол. наук, зав. лабораторией морфологических исследований ООО «Лаборатория «Гемотест»; Ляман Алияровна Багалова, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва); Наталия Леонидовна Артикова, StatusPraesens (Ростов-на-Дону)

Копирайтинг: Хильда Симоновская

Рак шейки матки (РШМ) — одно из немногих заболеваний, с уверенностью относимых медицинским сообществом к **полностью предотвратимым** состояниям. Мало того что для него существует высокоэффективная **вакцинопрофилактика** (инфицированность онкогенными штаммами ВПЧ после 30 лет считают синонимом принадлежности пациентки к группе риска по РШМ), разработана и действенная модель **скрининга**, позволяющая взять заболевание под контроль ещё на предракковой стадии.

Такая благоприятная ситуация, уникальная для онкологии, создаёт иллюзию, что проблема решена. Однако это не так, каждому практикующему акушеру-гинекологу очевидны сложности в **организации скрининга**: недостаточное внимание самих врачей, недисциплинированность пациенток, недостаточная оснащённость лабораторий, усложнение самой процедуры — за более чем 75 лет существования элементарный амбулаторный тест превратился в весьма высокотехнологичный процесс¹. В этом контексте интересно сравнить статистические показатели разных регионов РФ и проанализировать успешный опыт борьбы с РШМ в других странах. Чем обусловлены успехи, как можно предупредить неудачи?

Обсудим ключевые тренды тематических рекомендаций 2016 года и один из важнейших компонентов современного подхода — метод жидкостной (liquid-based) цитологии.

В России методом цервикального скрининга выявляют только чуть более 35%² *cancer cervicis uteri*, что для опухоли визуализируемой локализации недопустимо мало. При этом на карте страны существуют места, где активный поиск практически не ведут (Калининградская область — всего 1,9% всех диагнозов устанавливаются в рамках профосмотров), и территории, отличающиеся, по данным 2013—2014 годов, максимальной эффективностью цитологического скрининга

(Тамбовская область — 88,5% всех диагнозов РШМ)². Как и в случае опухолей других локализаций, частота установления диагноза РШМ возрастает именно благодаря **улучшению возможностей диагностики**. В пользу этого тезиса свидетельствует статистика, собранная в регионах с максимальной выявляемостью. Для этих областей характерны преобладание опухолей **ранних стадий** и последовательно **снижающаяся** на протяжении 10 лет годовая летальность².

Статистика: списывать — нехорошо

Наша страна протянулась на 7 тыс. километров с запада на восток, однако грандиозность просторов не должна служить оправданием для странностей в статистических показателях различных регионов. Наиболее очевиден «разброс» данных в технологически обеспеченном Центральном федеральном округе — и тем **убедителен**: разные города, ЛПУ, специалисты проводят скрининг в различных условиях и получают неодинаковый результат. В то же время среди **максимально отдалённых** от столицы регионов данные статистики похожи, словно списаны друг у друга² (из-за чего закрадываются сомнения в их объективности). В то же время, комментируя результаты, приходится принимать во внимание **разницу** в кадровой обеспеченности, технологической

Организация цитологического скрининга РШМ — часть **национальной программы модернизации системы здравоохранения**, предусматривающей внедрение стандартов медпомощи. С одной стороны, указанные методические рекомендации, как пишут их авторы, разработаны с учётом опыта стран с развитой профилактической медициной, добившихся значимых успехов в диагностике и лечении опухолевых и предопухолевых заболеваний шейки матки. С другой стороны, документ основан на **действующих стандартах** оказания медицинской помощи, тем самым адаптирован для применения в России, хотя и отражает накопленный международный опыт³.

К сожалению, представление рекомендаций в МЗ РФ (с возможностью присвоения документу более высокого правового статуса: клинических рекомендаций) — процесс небыстрый (методические рекомендации не изменили своего статуса на протяжении 3 лет), в связи

ональном виде, что ещё 3 года назад предложили коллеги-цитологи.

Статистика РШМ, прочно связанная с длительностью персистенции ВПЧ, с годами неуклонно «молодеет» — **вслед за снижением** возраста коитархе и увеличением числа половых партнёров пациентки. На этом фоне заинтересованность врачей в соблюдении принятого в РФ алгоритма скрининга позволит многим россиянкам сохранить не только жизнь и здоровье, но и репродуктивные возможности.

Скрининг РШМ: как у нас обязательно будет

Важно: положения методических рекомендаций³ полностью согласуются с документами авторитетных международных медицинских сообществ АСОГ⁶ и ACS⁷ 2016 года.

Кого нужно обследовать? Всех женщин в возрасте от 21 до 65 лет. Пациенткам моложе 21 года скрининг не показан⁶. По достижении возраста 65 лет можно прекратить цитологические исследования, если соблюдены определённые условия:

- в анамнезе нет CIN или РШМ;
- в результате трёх обследований подряд (на протяжении 15 лет) были получены заключения «цитограмма без особенностей» или дважды подряд (в течение предыдущих 10 лет) не было обнаружено онкогенных типов ВПЧ.

Комментарий SP. Согласно Приказу МЗ РФ №36ан, в настоящее время возраст прекращения профосмотров — 69 лет.

Как часто? В возрасте 21–49 лет скрининг выполняют каждые 3 года, а в 50–65 лет — каждые 5 лет.

Комментарий SP. Согласно Приказу МЗ РФ №36ан⁵, в возрасте от 21 до 69 лет цитологический скрининг РШМ в рамках профосмотров показан каждые 3 года.

[РШМ — «медленный» рак: до прогрессии CIN в инвазивную опухоль проходит не менее 5–7 лет. За это время адекватный цитологический скрининг позволяет диагностировать и вылечить все CIN II–III.]

оснащённости, помнить о недостатках в системе контроля качества медицинской помощи (обнародование **реальной** статистики скорее обрушит штрафы на ЛПУ, чем поспособствует привлечению ресурсов для улучшения диагностики). Перечисленные факторы значительно затрудняют профилактическую работу акушеров-гинекологов по предотвращению запущенного РШМ.

Для улучшения ситуации ещё в 2013 году Ассоциацией клинических цитологов России были разработаны **методические рекомендации** «Цитологический скрининг рака шейки матки»³. Цель создания документа — унификация алгоритма цервикального скрининга на всей территории РФ, организация своевременной диагностики и лечения CIN, недопущения РШМ. В этой роли рекомендации были одобрены профильной комиссией по клинической лабораторной диагностике при МЗ РФ и затем направлены в МЗ РФ.

с чем **до настоящего времени** всю структуру цитологического скрининга РШМ регламентируют два документа с более высокой юридической силой: Приказ МЗ РФ №572н от 01.11.2012 года⁴ и Приказ МЗ РФ 36ан от 03.02.2015 года⁵. Следует признать, что в этой связи многие позиции методических рекомендаций³, прогрессивность которых подтверждена **соответствием новейшим документам АСОГ** (American College of Obstetricians and Gynecologists, Американская ассоциация акушеров-гинекологов)⁶ и **ACS**⁷ (American Cancer Society, Американское онкологическое общество) **2016 года**, пока для применения на территории РФ трудновыполнимы, ибо не вполне согласуются с более новыми и авторитетными правовыми документами (см. инфографику). Хочется надеяться, что со временем разночтения в документах будут устранены и алгоритм цитологического скрининга РШМ будет повсеместно внедрён именно в том раци-

Кого точно не нужно обследовать? Пациенток после гистерэктомии. Женщинам, перенёвшим надвлагалищную ампутацию матки, скрининг проводят на общих основаниях.

Каковы нюансы? Учитывая, что средний возраст пациенток с впервые выявленными злокачественными поражениями шейки матки — около 50 лет^{2,8}, в группе 30–65-летних интервал между обследованиями (время «права на ошибку») сокращён для повышения чувствительности скрининга, а мазок «на атипичные клетки» необходимо сочетать с ВПЧ-тестированием. Если оба результата отрицательны, аналогичное комбинированное обследование можно проводить каждые

Комментарий СР. Приказ МЗ РФ №36н никаких указаний о ВПЧ-тестировании не содержит, поэтому до изменения нормативной базы целесообразно опираться на указанную в нём кратность скрининга (каждые 3 года). В соответствии с показаниями, перечисленными в Приказе МЗ РФ №572н⁴ (доброкачественные заболевания шейки матки, влагалища и вульвы), цитологический скрининг можно дополнять ВПЧ-тестированием, не используя, впрочем, результаты теста в качестве обоснования для увеличения интервала между обследованиями.

5 лет до достижения 65-летнего возраста. Если онкогенные типы вируса не выявляли, то цитологическое исследование повторяют каждые 3 года.

Что исследуют? Клеточный материал, полученный с поверхности шейки матки и цервикального канала, в котором видны изменения, провоцируемые персистенцией ВПЧ (сами вирусные структуры не определяют).

Алгоритм цитологического исследования подразумевает двухступенчатый просмотр препаратов. **Первый этап** осуществляет технический специалист лабораторной диагностики с помощью обычной световой микроскопии или с использованием специальных автоматизированных систем (о них — далее). Аномальные мазки, а также контрольную долю случайным образом отобранных «нормальных» мазков перемещают на **второй этап**, где стёкла пересматривает цитопатолог — профессиональный гистолог, имеющий опыт работы с онкологическими препаратами. Весь процесс цитологического исследования в рамках цитологического скрининга РШМ занимает около 5 дней.

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



[Тщательный просмотр 50–300 тыс. клеток в каждом цитологическом мазке требует не менее 5 мин, в случае патологических изменений — больше. С целью минимизации ошибок из-за человеческой усталости Американское общество цитологов признало пределом физических возможностей анализ 50 мазков в день.]