

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#3 [39] 07 / 2017 / StatusPraesens



Онкологический

**реализм
в**

гинекологии



Онкопатруль: врачи тоже болеют раком. Почему мы сами игнорируем скрининг? • Рак яичников: ошибки практиков • CIN III, рак шейки матки и беременность: отчёт о практических успехах • ВПЧ: «кошмары» нашего двора • Эндометриоз в 11 лет? Новое понимание патогенеза • Акушер-гинеколог как главный проводник стратегий anti-ageing • МГТ: обзор новых клинических рекомендаций 2016 года. Место андрогенам найдено? • Уголок юриста: «буква закона» и реальная работа • Запоздалая диагностика рака молочных желёз: разбор клинических случаев



Дорогие коллеги!

Самые непростые вопросы сегодня, пожалуй, можно сформулировать так: «Гинекология и онкогинекология: где точка соприкосновения? Куда мы можем идти вместе, а где наши дороги должны разойтись?»

Наверное, все мы можем выполнять **стандартные** хирургические вмешательства на матке и придатках открытым или лапароскопическим доступом. Не грозит жизни пациентки операция по поводу миомы, эндометриоза, генитального пролапса и т.п. Кто-то сделает её лучше, кто-то хуже, но женщина останется жить!

Другое дело **рак**... Можно с этим заболеванием встретиться «неожиданно» во время вмешательства, хотя онкологическая настороженность и широко доступные методы обследования позволяют почти всегда установить этот диагноз **до операции**. И тогда надо или выполнить её в **адекватном объёме**, или провести биопсию опухоли с целью последующего установления диагноза и решения вопроса о дальнейшей тактике. Во втором случае необходимо **честно и объективно** описать операционные находки.

Многие подумают: «Я смогу удалить матку с придатками, а потом пусть разбираются онкологи...» Но беда в том, что объём вмешательства, необходимый при том или ином заболевании, может не соответствовать пресловутой матке с придатками... А надо было сделать, например, тазовую/парааортальную лимфаденэктомию, перитонэктомию.

Нельзя игнорировать профессиональные знания и опыт онкогинеколога, а также **необходимость консилиума** в составе хирурга, радиолога и химиотерапевта **ещё до начала лечения**. Онкология — это не только хирургия. Неадекватно выполненный первичный этап может стоить пациентке жизни...

Я не готова огульно критиковать все хирургические вмешательства у онкогинекологических больных. Но хочу **призвать каждого** гинеколога объективно оценить свои знания онкологических проблем и постараться ответить себе на вопрос: «А стал(а) бы я это делать своему близкому человеку?» Видимо, не всегда ответ будет утвердительным. Давайте **учиться взаимодействию**, только этот путь приведёт нас к успеху.

Засл. деятель науки РФ, руководитель отделения онкогинекологии Московского научно-исследовательского онкогинекологического института им. П.А. Герцена, докт. мед. наук, проф. **Е.Г. Новикова**

Status

гинекология акуш

#3 [39]

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 Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

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

Арт-директор: Лина Разгулина

Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов

Ответственный секретарь редакции: Татьяна Анатольевна Добрецова

Заместители редакционного директора: Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Катаева

Заместитель ответственного секретаря: Мария Викторовна Кириченко

Научные эксперты: канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

Медицинские и литературные редакторы: Хильда Симоновская, Ольга Катаева, Юлия Бриль, Ирина Ипастова, Татьяна Добрецова, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Татьяна Рыжова, Елена Матюхина, Ольга Раевская, Оксана Богдашевская

Препресс-директор: Наталья Лёвкина

Выпускающий редактор: Наталья Лёвкина

Вёрстка: Юлия Скучоткина, Дмитрий Амплеев

Инфографика: Вадим Ильин, Роман Кузнецов, Лина Разгулина, Юлия Крестьянинова, Лидия Веллес, Макс Горобец, Александра Купцова

Корректоры: Елена Сосегова, Анастасия Валентей

Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)

Отдел подписки: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» (105082, Москва, ул. Бакунинская, д. 98а, стр. 11). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется 000 «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, (спартаковский пер., д. 2, стр. 1), подъезд 9, этаж 3) / 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 — 31 июля 2017 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, (спартаковский пер., д. 2, стр. 1), бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: 8 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: www.praesens.ru. E-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в АО «ПК «Пушкинская площадь». Адрес: 109548, Москва, ул. Шоссе́нная, 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: Лина Разгулина. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Фотобанк Лори, Фотодженика.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007

STATUS Pra

гинекология акушерство беларусь

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9 СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

15 МЕДПОЛИТ

По ту сторону баррикад

Всероссийский образовательный проект «Женщины различного возраста между онконебрежностью и онкофобией: как не допустить рак?» в действии

Роговская С.И., Радзинский В.Е., Машовец С.П.

23 УГОЛОК ЮРИСТА

Спрашивали? Отвечаем!

Интервью с экспертом Национальной медицинской палаты доц. Иваном Олеговичем Печереем

Иванов А.В.

Работа врача в современных реалиях — это не просто оказание высококвалифицированной медицинской помощи пациенткам при самых разных заболеваниях. Это ещё и чёткое следование «букве закона». И вот тут как раз кроется множество «подводных камней».

29 CONTRA-VERSION



Запущенная диагностика

Выявление рака яичников на ранних стадиях: преодоление трудностей

Никогосян С.О., Кузнецов В.В., Загаштоков А.З.

Сегодня врачи могут компенсировать несовершенство каждого из существующих методов выявления овариального рака лишь их сочетанием. Выделение группы высокого риска и диагностический поиск в соответствии с международными стандартами обеспечит раннюю диагностику и улучшит прогноз.

39 ЛЕХТ-ПРОСВЕТ

Свобода выбора

Обоснование безопасности нового пролонгированного режима приёма КОК (84+7)

Хамошина М.Б., Раевская О.А.

50 ИНТЕРНЕТ-ЛЕДОКОЛ

53

VIA SCIENTIARUM

Стабильность менопаузального перехода?

О проблемах перименопаузы и удобном способе их последовательного разрешения

Зайдиева Я.З., Ильина Л.М.

62



ЧФ лет: всё только начинается

Аспекты стратегий anti-ageing у женщин среднего возраста

Юренева С.В., Рябинкина Т.С.

Большую часть жизни женщины проводят на фоне физиологических процессов увядания. И хотя окончательная победа над старением пока что находится в сфере компетенции только футурологов, реализация стратегий anti-ageing во многом подвластна именно акушерам-гинекологам.

71

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Стареть, не старея

Осознанный выбор компонентов МГТ

Андреева Е.Н., Раевская О.А.

Возрастная перестройка репродуктивной системы и эстрогенодефицит запускают «осенний» период в жизни женщин. Задача современной медицины — обеспечить им активное долголетие и позволить жить красиво и комфортно.

79

ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ

Зона персональной ответственности

Превентивные и лечебные стратегии при железодефицитных состояниях в практике акушера-гинеколога

Бриль Ю.А.

91

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Эндометриоз: вектор медикаментозной терапии

Этиопатогенетические аспекты терапии эндометриоза

Апетов С.С., Апетова В.В.

100

Главное — быть услышанными

Репродуктивное здоровье молодых женщин: проблемы, перспективы и пути решения

Хамошина М.Б., Дикке Г.Б., Бриль Ю.А., Лебедева М.Г.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

113 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ



Умеем, но используем недостаточно

Эффективная борьба с ВПЧ-инфекцией как инструмент предотвращения рака шейки матки

Бибнева Т.Н.

Давняя мечта врачей предотвратить рак (хотя бы одной локализации) сегодня стала объективной реальностью благодаря обретённой точке воздействия, каковой является ВПЧ, а точнее — его онкогенные типы.

122

Коротким маршрутом можно ехать долго

Эмпирическая терапия при аномальных выделениях из половых путей: за и против

Ордынец И.М.

133 ОПЕРАЦИОННАЯ

Рак и беременность: под чётким контролем

Применение акушерского шва при диагностике онкозаболеваний шейки матки у беременных

Аракелов С.Э., Данелян С.Ж., Зыков А.Е., Саранцев А.Н., Лукавский Д.Н.

Наложение на шейку матки шва по Сценди после ножевой биопсии и атипичной ко-низации позволяет пролонгировать беременность до срока жизнеспособности плода даже при подтверждении злокачественного процесса.

139 РОДЗАЛ

Тайны цервикальной трансформации

Созревание шейки матки в родах: от понимания механизмов к способам управления и программированным родам

Раезинский В.Е., Маклецова С.А., Богашевская О.В.

149 CASUISTICA

Онкорасслабленность

Клинический разбор ведения больных раком молочных желёз

Кедрова А.Г.

Причиной гибели пациентки стал совершенно недопустимый темп обследования: никто не спешил — и все дальнейшие усилия оказались тщетны. Если бы фельдшер здравпункта сразу направил женщину к акушеру-гинекологу, а тот — к онкологу, у нее был бы шанс выжить.

154 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

ПОДВОДЯ ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ИТОГИ

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о достижениях и проблемах современного акушерства и гинекологии



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

Уважаемые читатели журнала! Обычно, когда заходит речь о состоянии отечественного здравоохранения, звучат две полярные оценки: «у нас всё замечательно» и «у нас полная катастрофа». И то, и другое — неправда. Безусловно, нам **есть чем гордиться**: многое, о чём было нельзя и мечтать 25 лет назад, стало реальностью, рутинной, никого не удивляет — к хорошему привыкаешь быстро. В то же время есть и объективные трудности, и **досадные ошибки**, цена которых порой очень высока.

Иногда, читая новостные ленты в интернете, кажется, что общество всерьёз считает врачей «субийцами в белых халатах», а уровень агрессии в отношении медработников просто зашкаливает. Но потом приходишь на работу и видишь пациенток, ждущих от тебя помощи — и благодарных за неё. Давайте **смотреть на мир позитивно**, стараясь просто честно делать своё дело, в том числе применительно к суровой онкологической реальности. И не только.

Глобальное предназначение нашей профессии — снижение материнской смертности. Полученные результаты не могут не радовать — впервые мы достигли исторического минимума материнской смертности: менее 10 на 100 тыс. живорождённых. Ещё раз: **впервые в истории России**. В этом заслуга каждого врача, так или иначе причастного к сохранению и укреплению женского здоровья, — многочисленной армии акушеров-гинекологов и всех смежных специалистов.

Конечно, это отнюдь не значит, что можно успокоиться. Стимул — опыт европейских государств, где материнская смертность **в 2 раза ниже**, чем у нас. И хотя Россию трудно сравнивать с любой другой страной мира — из-за огромной территории, низкой плотности населения, плохо развитой дорожной сети и т.д., — резервы есть. Какие? **Время задуматься**.



Не менее значима, но, увы, гораздо более труднодостижима задача снизить смертность перинатальную. Но «трудно» — не значит «невозможно». Здесь непочтатый край работы, и пора перестать возмущаться 500-граммовыми детьми с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Их мало, и мы многое умеем. Однако на сегодняшний день **треть погибающих новорождённых — доношенные**. Нам нужно объективно оценивать акушерскую составляющую, или, если честнее, вклад акушерских недоработок в перинатальную смертность.

На протяжении многих лет, с 1981 года, когда был издан Приказ Минздрава СССР №430, была **узаконена стратегия перинатального риска**. Мы не можем достоверно судить о состоянии плода в утробе матери с помощью доступных инструментальных методов — кардиотокографии, УЗИ, доплерометрии, — определяя био-

{слово главного редактора}

физический профиль плода. Всё это даёт серьёзную диагностическую погрешность: правильных результатов — не более 60%. А вот стратегия управления рисками, основанная на примитивных, казалось бы, инструментах — внимательном учёте всех имеющихся **данных в совокупности**, — позволяет с 90-процентной надёжностью прогнозировать исход беременности каждой женщины. Это совсем просто, но почему-то не воспринимается всерьёз: эмоциональные нагрузки, высшее образование, возраст мужа... Крохи информации, собранные воедино и оценённые в балах, дают очень надёжный прогноз. Более того, возникает возможность выделить группу женщин, у которых **неблагоприятный исход беременности не сразу очевиден**.



Ещё одна грань повседневной работы... Наиболее частая причина обращения женщин к гинекологу — влагалищные выделения. Бесконечный «марафон», за год которого пациентка получает по-

[В России стартовал проект «Женщины различного возраста между онконебрежностью и онкофобией», который возглавила проф. С.И. Роговская. Чаще его называют «Онкопатруль».]

мощь более чем четырёх врачей. **Бег по кругу** — изматывающий и безрезультатный.

А между тем очень часто к так называемым «неизлечимым дисбиотическим состояниям» приводят как раз **ятрогении — бездумные назначения** широко рекламируемых антибактериальных препаратов, без определения причинного патогена, по произвольной схеме. Как решить проблему грамотно — рассказывается в статье «Коротким маршрутом можно ехать долго».



Говоря об инфекциях, передаваемых половым путём, нельзя забывать про вирус папилломы человека (ВПЧ). Сегодня его распространённость — одна из основных проблем онкогинекологии. Гинеколог должен раз и навсегда уяс-

нить, что красное пятно на шейке матки **не следует сразу трактовать как эрозию**. В XXI веке это абсурд: всего 0,5% таких изменений — истинные дефекты поверхностного эпителия, остальные 99,5% — другие, как правило, доброкачественные образования! Для того чтобы CIN II—III трансформировались в цервикальный рак, требуется от 5 до 12 лет. Если за эти годы женщина **хотя бы раз попадёт к хорошему врачу**, который проведёт тщательное, регламентированное клиническими рекомендациями обследование, назначит адекватное лечение и добьётся либо исчезновения эктопии цилиндрического эпителия с помощью создания второй фазы цикла, либо выполнит деструкцию патологического очага — у неё **не будет рака шейки матки!**

Наши коллеги из Великобритании за последние 10 лет снизили распространённость РШМ на 80%. Им это удалось! А что же мы, достигшие в 70–80-е годы прошлого века впечатляющих успехов? Увы, сыграли свою роль и врачебные ошибки, и ликвида-

ция **смотровых кабинетов** поликлиник, где был обязателен осмотр акушеркой перед посещением любого врача. А ведь на этом приёме осматривали сразу пять «объектов» — кожу, язык, прямую кишку, молочные железы, половые органы. А когда в 1979 году акушерки стали ещё и брать материал для цитологического исследования, наша страна начала выходить на **передовые** позиции в мире по выявлению рака шейки матки. Теперь же нам приходится «изобретать велосипед»...



В России стартовал важный проект «Женщины различного возраста между онконебрежностью и онкофобией», который возглавила проф. С.И. Роговская. Чаще его называют «Онкопатруль», и в нём принимают актив-

ное участие многие профессиональные организации специалистов различного профиля, в частности Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Зачем он нужен? Мы всё время сталкиваемся с **небрежным отношением пациенток к своему здоровью** — они очень неохотно проходят диспансерные профилактические осмотры, поздно обращаются за помощью даже при появлении угрожающих симптомов.

Как заставить россиянок поверить в **предотвратимость рака?**



Буквально недавно, в мае 2017 года, международной группой экспертов было проведено исследование «Вирус папилломы человека и сопутствующие болезни». Оказалось, что в мире ежегодно 2,8 млн женщин в возрасте 15 лет и старше заболевают раком шейки матки. А погибают от него 266 тыс. женщин — **более четверти миллиона** — в год!

В России 2016 года на учёте состояло почти 179 тыс. пациенток с цервикальным раком, а 6300 наших соотечественниц скончались от причины, **полностью предотвратимой**. Неоспоримый факт: **заболеваемость и смертность сокращаются** при адекватном скрининге и оздоровлении по его результатам. Подчёркиваю, речь идёт об осмотре, Пап-тесте или жидкостной цитологии с одновременным определением ВПЧ, кольпоскопии и, самое главное, о **принятии решения** о дальнейшей терапии.



Цервикальный скрининг не может существовать отдельно — теперь приходит понимание этой простой истины. С 2016 года, когда функционал российского акушера-гинеколога пополнился ответственностью за молочные железы (как, впрочем, и во всём мире), оказалось, что все раки женских репродуктивных органов должны быть заподозрены **на единовременном скрининге!** По распространённости на втором месте после рака молочной железы стоит даже не цервикальный рак, а аденокарцинома тела матки, а на четвёртом месте — рак яичника, который в списке онкологических причин смерти занимает вторую позицию.

Скрининг женщин из хорошо **известных групп риска** (с ожирением, гипертонической болезнью, сахарным диабетом), которых становится всё больше и больше, — это новая проблема. Такие пациентки должны непременно подвергаться цитологическому/гистологическому исследованию материала из полости матки. Особо пристального внимания требуют те, кто находится в самом рисковом, пременопаузальном, периоде.

Думаю, что отдельные клинические протоколы, касающиеся конкретных онкозаболеваний, должны уйти в прошлое. Нужен **единый скрининг** гинекологических раков. Все они теперь — сфера профилактической работы акушера-гинеколога.



В течение десятилетия мы часто повторяем, что гормонофобия препятствует здоровью народа и в молодом, и в пожилом возрасте. Уже даже неприлично лишний раз напоминать, что женщин старшей возрастной группы нужно оздоравливать, в том числе для выполнения их «бабушкиных функций». Их сверстницы из цивилизованных стран активны, путешествуют по всему миру вовсе не потому, что у них нет болезней вообще — экстрагенитальная заболеваемость распространена там не меньше, чем у нас. Но вот **высокое качество жизни** — результат своевременной менопаузальной гормональной терапии (МГТ).

Вопреки устоявшимся представлениям МГТ не только не увеличивает, но даже **снижает риски рака** яичников и рака тела матки! Мы в нашей стране **пока этого не добились**. Конечно, эти препараты недёшевы. Однако жизнь показывает, что женщины в состоянии оценить последствия заболеваний, которые могут быть предотвращены с помощью МГТ, и позволить себе использовать эти действительно необходимые средства.



О чём ещё хочется сказать? О **новой рубрике журнала**, получившей название «Уголок юриста». Мы живём в непростое время (хотя какое — простое?): количество судебных исков и заявле-



© Rido / Shutterstock.com

[Клинические протоколы, касающиеся конкретных онкозаболеваний, должны уйти в прошлое. Нужен единый скрининг гинекологических раков. Они теперь — сфера профилактической работы акушера-гинеколога.]

ний в прокуратуру — я уж не говорю о жалобах в Росздравнадзор и органы управления здравоохранением — растёт небывало. Это показывает **неудовлетворённость пациентов** — ожидания не совпадают с реальностью. Ни в одной стране население не довольно системой оказания медицинской помощи. Однако эти проблемы уже научились решать, прежде всего за счёт настоящей **страховой медицины**, которой у нас пока нет.

В России до сих пор всё достаточно хаотично, и причина — о чём мы неоднократно говорили, приглашая ведущих медицинских юристов на все свои семинары, — **тотальная правовая неграмотность**.

Вот поэтому мы открыли новую рубрику в журнале, которая должна стать **путеводителем для врача** по требованиям закона, а главное — по практическому их выполнению.



В завершение нельзя не вспомнить о тех пяти лучших представителях нашей профессии, которые ушли из жизни в текущем году. Земля им пухом, вечная память... Нам с вами — работать долго и достойно, так, как трудились наши коллеги — замечательные профессионалы, светлые воспоминания о которых хранят знавшие их.



Надеюсь, 39-й выпуск журнала окажется столь же полезным, как и предыдущие, которые читали почти **три четверти всех акушеров-гинекологов страны**. Успехов и удачи! **SP**

по ту сторону баррикад

Всероссийский образовательный проект «Женщины различного возраста между онконебрежностью и онкофобией: как не допустить рак?» в действии



Авторы: Светлана Ивановна **Роговская**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии РМАПО, президент Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии (РАГИН) (Москва); Виктор Евсеевич **Радзинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва); Светлана Павловна **Машовец**, докт. пед. наук, директор Дальневосточного института содействия общественному развитию, проф. кафедры теории и методики профессионального образования Школы педагогики Дальневосточного федерального университета (Владивосток)

Мысль Иммануила Канта «реальность... есть то, что соответствует ощущению...» становится хорошо понятна в Калининграде: взгляд всё время ищет Королевскую гору, которая когда-то дала название родному городу* философа, — и не находит. Однако на карте она обозначена — значит, её кто-то видит? Похоже, **восприятие действительности** на самом деле зависит от того, как мы к ней относимся, — и это касается всего, в том числе здоровья и болезней. Но всегда ли это отношение правильное и можно ли его поменять?

По статистике, уровень онкологической заболеваемости в России высок и не только не демонстрирует тенденции к снижению, но и растёт^{1,2}. Несмотря на появление новых диагностических возможностей, доля пациентов, у которых опухолевый процесс был выявлен на ранней стадии, остаётся недопустимо низкой. Как ни странно, эта ситуация сохраняется и в отношении **визуально диагностируемых раков**, таких как злокачественные новообразования молочной железы и шейки матки (распространённость 426,4 и 119,7 на 100 тыс. населения соответственно)^{3,4}. Что с этим можно сделать?

Одна из реально работающих технологий снижения онкологической заболеваемости — выполнение цервикального и маммологического **скрининга**. В странах, где это не просто благое пожелание, а реальность, основанная на государственных программах, можно **наблюдать существен-**

ный прогресс. Так, в Великобритании за 10 лет удалось снизить распространённость рака шейки матки на 80%, похожими достижениями могут похвастаться и скандинавские страны⁵. Однако столь впечатляющие результаты вряд ли могли бы быть получены, если бы пациентки сами не осознавали необхо-

* Кёнигсберг (Königsberg, Королевская гора) был переименован в Калининград в 1946 году.

Лидеры проекта

В качестве активных участников и лидеров проекта «Онкопатруль» выступили ведущие отечественные эксперты, представляющие большинство российских регионов.

- **Акимкин В.Г.**, Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва).
- **Артымук Н.В.**, Кемеровский государственный медицинский университет (Кемерово).
- **Бахалова Н.В.**, калининградская региональная общественная организация «Ответственное родительство» (Калининград).
- **Бибнева Т.Н.**, Медицинский институт Российского университета дружбы народов (Москва).
- **Белокрицкая Т.Е.**, Читинская государственная медицинская академия (Чита).
- **Волков В.Г.**, Медицинский институт Тульского государственного университета (Тула).
- **Галенко А.Г.**, Кольская центральная районная больница (Мурманская область).
- **Долгушина В.Ф.**, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск).
- **Евтушенко И.Д.**, Сибирский государственный медицинский университет (Томск).
- **Короленкова Л.И.**, Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина (Москва).
- **Крапивина М.С.**, Волгоградский государственный медицинский университет (Волгоград).
- **Кукарская И.И.**, Тюменский государственный медицинский университет (Тюмень).
- **Лебедеженко Е.Ю.**, Ростовский государственный медицинский университет (Ростов-на-Дону).
- **Ледин Е.В.**, Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России; Российский университет дружбы народов (Москва).
- **Ледина А.В.**, Медицинский институт Российского университета дружбы народов; клинический госпиталь «Лапино» группы компаний «Мать и дитя» (Москва).
- **Липова Е.В.**, Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ (Москва).
- **Мингалёва Н.В.**, Кубанский государственный медицинский университет (Краснодар).
- **Минкевич К.В.**, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).
- **Молчанова И.В.**, Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул).
- **Москвина Н.Б.**, Дальневосточный институт содействия общественному развитию (Хабаровск).
- **Мухотина А.В.**, Тихоокеанский государственный медицинский университет (Владивосток).
- **Пестрикова Т.Ю.**, Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск).
- **Подзолкова Н.М.**, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).
- **Сандакова Е.А.**, Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера (Пермь).
- **Тишина М.Н.**, городская клиническая больница № 10 (Рязань).
- **Ткаченко Л.В.**, Волгоградский государственный медицинский университет (Волгоград).
- **Фаткуллин И.Ф.**, Казанский государственный медицинский университет, (Казань).
- **Филиппова Г.И.**, детский сад общеразвивающего вида №9 «Солнышко» (Московская область).

димости регулярных профилактических осмотров и своевременного обращения к врачу^{6,7}.

К сожалению, россиянки менее внимательны к своему здоровью, склонны больше верить словам подруг и знакомых, форумам в интернете и публикациям в глянцевых журналах. Странно, но факт: **сами врачи — не исключение**.

Почему так происходит? Где решаются проблемы? Ответы на эти важные вопросы были найдены участниками и организаторами всероссийского проекта «Женщины различного возраста между онконебрежностью и онкофобией»⁸, сегодня более известного как «Онкопатруль».

К патрулированию приступить

Как и полагается, первый этап — **разведка**: было проведено анкетирование с целью получения информации для **анализа общей ситуации** (об отношении женщин к своему здоровью, понимании ими возможностей скрининга, общих знаниях по профилактике онкологических заболеваний и об уровне доверия пациенток врачам).

Исследование прошло под эгидой Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазиям (РАГИН) при сотрудничестве с Дальневосточным институтом содействия общественному развитию и Российской медицинской академией непрерывного профессионального образования^{9,10}. В 2015–2016 годах было опрошено 1826 респонденток в возрасте 18–65 лет, представлявших более **20 регионов** страны (Анадырь, Барнаул, Биробиджан, Владивосток, Волгоград, Калининград, Кемерово, Краснодар, Москву, Мурманск, Озёры, Пермь, Петропавловск-Камчатский, Ростов-на-Дону, Рязань, Санкт-Петербург, Томск, Тулу, Тюмень, Уссурийск, Хабаровск, Читы, Южно-Сахалинск, Якутск).

Для детального изучения была отобрана **991 анкета женщин 45–65 лет** — возрастной категории, наиболее уязвимой в отношении рака репродуктивных органов и онкозаболеваний в целом. Кроме того, респондентки были диф-

ОНКОПАТРУЛЬ В ДЕЙСТВИИ



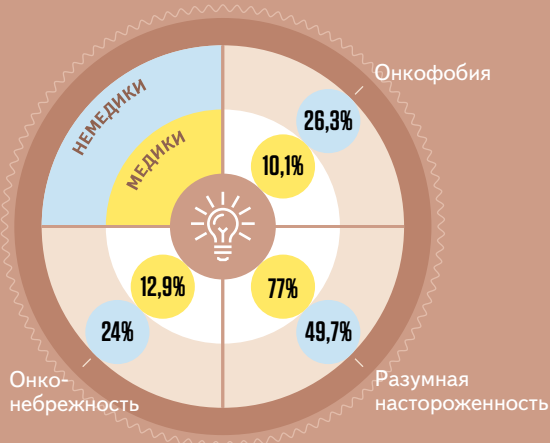
ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЖЕНЩИНЫ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА МЕЖДУ ОНКОНЕБРЕЖНОСТЬЮ И ОНКОФОБИЕЙ: КАК НЕ ДОПУСТИТЬ РАК?»

Возраст от 18 до 65 лет:

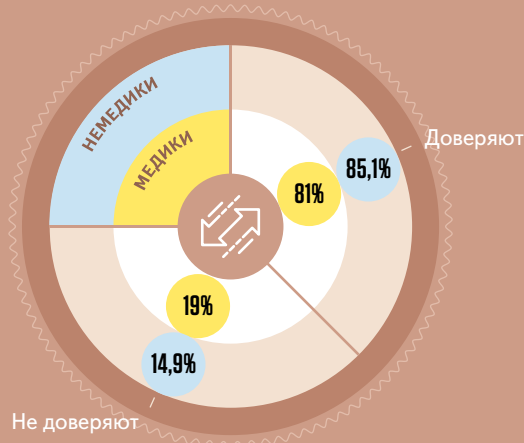
● I группа — 1524 женщины-медработника

● II группа — 2473 женщины, занятые в немедицинской сфере

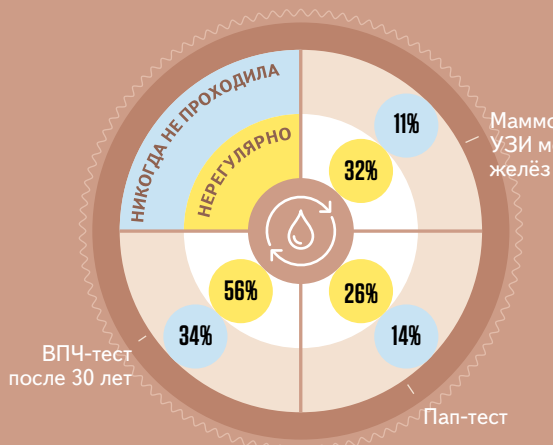
ОТНОШЕНИЕ РЕСПОНДЕНТОК К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ,
N=3997



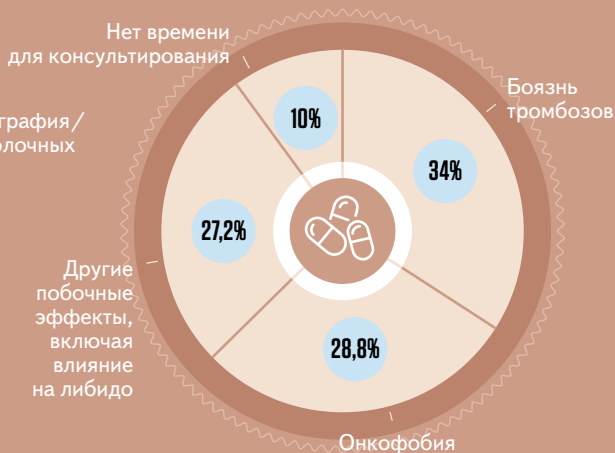
УРОВЕНЬ ДОВЕРИЯ РЕСПОНДЕНТОК К ВРАЧАМ,
N=3997



КАК ВРАЧИ ПРОХОДЯТ СТАНДАРТНЫЙ СКРИНИНГ,
N=1480



ПРИЧИНЫ РЕДКОГО НАЗНАЧЕНИЯ
ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, N=1460



ВЫВОД: Хотя большинство женщин независимо от профессии говорят об **онконастороженности**, реалии несколько другие. Об этом свидетельствуют количество проходящих скрининг и **распространённость гормонофобии**.

ференцированы по профессиональной принадлежности к сфере здравоохранения: не секрет, что расхожая фраза «сапожник без сапог», увы, очень часто справедлива в отношении представителей нашей отрасли. Опросных листов, заполненных медицинскими работниками, оказалось 519 (52,4%), а теми, кто занят иной деятельностью, — 472 (47,6%).

И в ходе проведения первого этапа анкетирования, и впоследствии интервьюерами во всех регионах страны были отмечены **заинтересованность и активное желание** респондентов заполнить анкеты, ответить на предложенные вопросы, что было расценено как недостаток внимания к проблемам здоровья женщин со стороны общества. Собственно, это предположение было подтверждено во время проведения школ, обучающих мастер-классов для пациенток, которые с интересом приняли специально подготовленную

[По мнению психологов, «управляемый страх» — нормальная эмоция, присущая каждому человеку. Вполне естественно опасаться болезни — это побуждает внимательно относиться к своему здоровью, проявлять разумную осторожность в отношении заболеваний и предпринимать меры по их профилактике.]

для них адаптированную медицинскую информацию.

К настоящему времени в рамках «Онкопатруля» опрошено более 4 тыс. респондентов. Все участницы были условно разделены на группы:

- занятые в сфере здравоохранения — 1524 (38,1%);
- женщины с иным родом деятельности — 2473 (61,9%).

Изучить реальное отношение женщин к своему здоровью позволил комплексный анализ их ответов на несколько блоков вопросов. В зависимости от полученных результатов эксперты смогли сделать несколько выводов, касающихся как общей заинтересованности респонденток в своём здоровье, так и степени их доверия к врачам и отношения к скрининговым процедурам и гормонотерапии.

Просто о СЛОЖНОМ

По мнению психологов, «управляемый страх» — нормальная эмоция, присущая каждому человеку. Вполне естественно опасаться болезни — это побуждает внимательно относиться к своему здоровью, проявлять **разумную осторожность** в отношении заболеваний и предпринимать необходимые меры их профилактики. Такую модель поведения специалисты называют оптимальной, считая важным формировать её с детского возраста.

В то же время **фобия** — навязчивый, неуправляемый, панический страх, сопровождающийся повышенной тревожностью, — ненормальна и не ведёт к разумному поведению. Важно понимать, что в исследовании термин «онкофобия» использовали для **субъективной оценки женщинами** их отношения к он-

кологическим заболеваниям (то есть не в значении, в котором его применяют психиатры). Напротив, **отсутствие или недостаток внимания** пациентки к возможным «сигналам» организма обозначали как **онконебрежность**.

Любопытно, что среди опрошенных медиков о разумной осторожности заявили 77%, тогда как об онкофобии и о небрежности сообщили 10 и 13%. Примерно у половины представительниц немедицинской сферы был отмечен управляемый страх, фобии — у 24%, а пренебрежительное отношение к здоровью — у 26%.

В поисках ответа на вопрос о причинах столь разных реакций на однотипные ситуации исследователи пришли к любопытным выводам. Одним из наиболее значимых факторов признаны **информационные потоки** — как из научных, так и

из популярных источников. Интересно что, по мнению специалистов, важно не столько количество и даже не качество полученных сведений (адекватный уровень осторожности проявляют только три четверти медиков, хотя понятно, что для них более доступны достоверные и современные данные), а то, как они **воспринимаются**. А это в значительной степени зависит от уровня образования, способности критически мыслить, от характерологических особенностей женщины (например, от принадлежности к оптимистам или пессимистам) и множества других факторов.

Доктор, исцелись сам!

Возвращаясь к ранее высказанному тезису о «сапожнике без сапог», стоит упомянуть о результатах опроса врачей. Так, анонимное анкетирование 1460 специалистов о прохождении ими скрининга показало крайне неблагоприятную тенденцию — медики пренебрежительно относятся к своему здоровью.

Анонимный опрос 1460 врачей о регулярности прохождения ими скрининговых обследований на РШМ и РМЖ выявил крайне неблагоприятные данные. Нерегулярно проходили цитологическое обследование 683 человека (46,8%), ВПЧ-тест — 649 (44,5%), УЗИ молочных желёз/маммографию — 632 (43,3%), расширенную кольпоскопию — 534 (35,6%) доктора. Никогда (!) не обследовался на ВПЧ 551 врач (37,7%), не делали кольпоскопию 390 (26,7%), не проходили цитологическое исследование — 199 (13,6%) и УЗИ/маммографию — 328 (22,5%) респондентов, что весьма тревожно и даже абсурдно.

Доверительные отношения

Ещё одно направление «Онкопатруля» — анализ степени **доверия пациенток к врачам**. Здесь все женщины проявили солидарность: в правильности мнения специалиста, профессионально занимающегося данной проблемой, полностью



© Alena Yakobchuk / Shutterstock.com

убеждены 75,9 и 66,5% представительниц каждой из групп соответственно.

Казалось бы, очевидно, что этот фактор должен **увеличивать комплаентность** и коррелировать с уровнем разумной настороженности. Однако такой тезис оказался применим лишь в отношении работников здравоохранения. О недостаточном доверии к врачам заявили около трети респонденток, представляющих иные сферы деятельности, при этом склонность к онкофобии была отмечена у 24%, а пренебрежительное отношение к своему здоровью — у 26%. Таким образом, можно предположить, что значительное влияние на поведение немедиков оказывают совершенно **иные факторы**.

Авторы исследования смогли отметить два важных момента. Первый — положительный. У абсолютно всех респондентов достаточно высокая убежденность в профессионализме врачей, что свидетельствует о сохранении кредита **доверия к «людям в белых халатах»** — на фоне многочисленных критических (далеко не всегда обоснованных) публикаций о состоянии российской медицины в целом, о проблемах конкретных учреждений и о судебных разбирательствах по поводу некачественного лечения.

Второй момент — настораживающий. Каждая четвертая респондентка, профессионально связанная с медицинской деятельностью, следовательно, в большей мере осведомленная о состоянии дел в отрасли, испытывает (как ни парадоксально) **недоверие к коллегам**. О причинах остаётся только догадываться.

Проверено:
страхов нет

В качестве «лакмусовой бумажки» доверия пациентки к врачу вполне можно использовать ответы на вопрос о приемлемости гормонотерапии. Сегодня гормонофобия — одна из наиболее животрепещущих тем. Причём касается она и пациентов, и непосредственно самих врачей. Респонденткам предлагалось выбрать один из трёх вариантов **отношения к использованию гормональных препаратов**: «негативное», «пози-

тивное» или «в зависимости от рекомендации лечащего врача».

Как оказалось, в среде медиков лишь немногие готовы заранее однозначно (положительно или отрицательно) высказаться о приемлемости применения таких препаратов (8,5 и 12,9% соответственно).

[И врачи, и пациентки немедицинских профессий одинаково высоко ценят мнение лечащего доктора, что носит весьма позитивный характер на фоне многочисленной критики работы здравоохранения в целом и судебных прецедентов по поводу некачественного лечения.]

Среди представителей других профессий 26,7% изначально настроены резко «против» и 6,6% — «за». К счастью, большинство респондентов обеих групп указали, что **доверяют врачу** в вопросе назначения и выбора гормональной терапии (78,6% работников лечебно-профилактических учреждений и 66,7% немедиков).

Почему врачи
не рекомендуют
гормональную
контрацепцию?

В ходе второго этапа «патрулирования» были **проанализированы причины** низкого охвата пациенток гормональной терапией и редкого назначения её врачами. Результаты опроса 1460 респондентов показали следующее: 421 **специалист (28,8%) признался в страхе перед онкологическими заболеваниями**, что стало причиной отказа от назначения гормональной терапии; 496 (34%) не назначали эти препараты ввиду боязни возникновения тромбозов у пациенток; 397 (27,2%) не рекомендовали КОК, опасаясь негативного влияния на либидо и/или возникновения других побочных эффектов; 146 специалистов (10%) указали на невозможность подбора оптимального средства контрацепции в связи с необходимостью длительного консультирования при

ограниченном времени приёма пациентки в государственном учреждении.

Полученные данные позволили разработать и внедрить в регионах России **образовательный проект для пациентов и врачей**, способствующий формированию грамотного, разумного отношения к здоровью.

В «Онкопатруле» принимают участие представители органов управления здравоохранением регионов, заведующие кафедрами, руководители перинатальных центров, что позволяет надеяться на изменение ситуации в лучшую сторону.



Результаты обоих этапов исследования в рамках проекта «Онкопатруль» оказались чрезвычайно интересными и хотя бы частично «пролили свет» на огромный **пласт проблем несвоевременной диагностики** онкологических заболеваний.

Сегодня к участию в проекте присоединяются новые эксперты, что позволяет расширить не только географию патруля, но и тематику вопросов.

Что мешает сделать простые шаги, направленные на сохранение здоровья и своевременное выявление болезни? Почему среди страдающих онкологическими заболеваниями так много представителей медицинских профессий? Вопросов много.

Очевидно, что, оказываясь по «ту сторону баррикад», врач так же беззащитен перед раком, как и представители других профессий. Однако, начиная путь к здоровью с себя, **становишься убедительнее** и в разговоре с пациенткой. **SP**

Библиографию см. на с. 154–159.

запущенная диагностика

Выявление рака яичников на ранних стадиях:
преодоление трудностей



Авторы: Седя Овиковна **Никогосян**, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения онкогинекологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина; Виктор Васильевич **Кузнецов**, докт. мед. наук, проф., зав. отделением онкогинекологии того же учреждения, член Московского общества онкологов, член Международного общества онкогинекологов (International gynecologic cancer society); Алан Замахшариевич **Загаштоков**, аспирант отделения онкогинекологии того же учреждения (Москва)

Копирайтинг: Ирина Ипастова

По распространённости рак яичников занимает **седьмое место** в структуре гинекологических онкозаболеваний, однако **одногодичная летальность** при нём составляет 24% (в 1,5 и 2,7 раза выше, чем при раке шейки матки и эндометрия соответственно), а в течение 5 лет **выживают только 45%** больных¹. Чаще всего пациентки умирают в возрасте от 40 до 54 лет — в 8,9% случаев². Главной причиной такого положения дел считают слишком **позднее выявление** болезни: в России на долю III стадии приходится 41%, а IV — 21% диагнозов.

Повысить осведомлённость об этом заболевании был призван Всемирный день борьбы против рака яичников, проведённый 4 года назад, 8 мая 2013 года. Можно выделить пять фактов, о которых должно быть известно всем женщинам: риску подвержена каждая из них; знание первых симптомов может спасти жизнь; поставленный на ранней стадии диагноз **повышает шансы на выживание**; во многих случаях овариальный рак находят слишком поздно; определить его с помощью Пап-теста нельзя. И конечно, врач должен знать, как **вовремя выявить** заболевание и провести **адекватное лечение**.

На первый взгляд очевидным решением проблемы запаздывающего начала лечения и низкой выживаемости при раке яичников мог бы стать массовый скрининг. Однако, судя по опыту многих стран, проведение диагностических мероприятий всем женщинам **без исключения** (в том числе не входящим в группу высокого риска и не имеющим каких-либо симптомов) оказывает минимальное влияние на летальность³⁻⁵. Тем не менее это не повод сидеть сложа

руки — ситуацию можно значительно улучшить, если решить ряд проблем:

- выработать алгоритм диагностики с учётом слабой манифестации болезни на ранних стадиях и отсутствия патогномичных симптомов;
- комбинировать методы исследований для компенсации недостаточной чувствительности и специфичности каждого из них;
- устранить наиболее распространённые врачебные ошибки.

Насколько эффективен массовый скрининг?

Целесообразность проведения скрининга для выявления рака яичников оценивали в ряде масштабных научных работ, но полученные **результаты весьма неоднозначны**.

В 2001 году в Великобритании в рамках проекта UKSTOCS (UK collaborative trial of ovarian cancer screening) было начато рандомизированное контролируемое исследование, продолжающееся до настоящего времени и посвящённое изучению влияния массовых диагностических мероприятий на смертность от овариального рака. В число участниц включили более **200 тыс. женщин 50–74 лет** (в постменопаузе), которых распределили на три группы: в первой ежегодно определяют концентрацию онкомаркера **CA125** в сыворотке крови, во второй выполняют **трансвагинальное УЗИ**, а в третьей специальных диагностических тестов не проводят⁵.

Установлено, что в когортах, в которых отслеживают уровень онкомаркера или делают сонографию, **смертность от рака яичников меньше**, чем в группе контроля (на 15 и 11% соответственно, хотя различия статистически не достоверны). При этом величина полученного эффекта зависит от срока, в течение которого проводят скрининг. Так, летальность в когорте, в которой определяли концентрацию CA125, за первые 7 лет снизилась на 8%, а за следующие 7 лет — на 23%. У тех, кого обследовали с помощью ультразвука, эти показатели составили 2 и 21% соответственно. В то же время многие тесты давали **ложноположительные результаты**, что приводило к **ненужным операциям** — 14 на 1 тыс. и 50 на 1 тыс. исследований у женщин из первой и второй групп; частота серьёзных хирургических осложнений составила 3,1 и 3,5% соответственно. Авторы работы заключили, что однозначные выводы об эффективности и экономической целесообразности массового скрининга для выявления рака яичников делать рано⁵.

Проект «Скрининг на рак простаты, печени, колоректальный рак и опухоли яичников: рандомизированное контролируемое исследование» был реализован в США. Более **78 тыс. женщин 55–74 лет** ежегодно проходили тесты, направленные на выявление рака яичников (определение концентрации CA125 и трансвагинальное УЗИ) или получали стандартное медицинское обслуживание; средняя продолжительность наблюдения составила 12 лет. В итоге было установлено, что в группе скрининга смертность от рака яичников оказалась **даже выше** (ОР 1,18; 95% ДИ 0,82–1,71). Ложноположительные результаты диагностических методов стали основанием для 1080 **излишних хирургических вмешательств**, 15% которых были ассоциированы с серьёзными осложнениями⁴. Учитывая степень влияния массовых обследований на показатели летальности от рака яичников, а также частые ложноположительные результаты тестов, приводящие к неадекватному и небезопасному оперативному лечению, целесообразность скрининга остаётся **пог большим вопросом**³.

Альтернатива: диагностика в группах риска

Разумной альтернативой массовому скринингу должно стать обследование женщин, входящих в группу высокого риска рака яичников. Поскольку до настоящего времени **отсутствует тест с высокой чувствительностью и специфичностью**, позволяющий распознать болезнь «в один приём», диагностику основывают на сочетании нескольких методов. Соответствующий **Международный стандарт** был принят в 1988 году Обществом гинекологической онкологии (Society of gynecologic oncology, SGO) и Американской коллегией акушеров и гинекологов (American college of obstetricians and gynecologists, ACOG). Актуальная версия документа названа «Роль акушера-гинеколога в ранней диагностике эпителиального рака яичников» (2011)⁶ и предусматривает:

- клинический осмотр;
- методы лучевой диагностики (в первую очередь **УЗИ**);
- определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке крови.

Авторы считают, что такое обследование необходимо проводить:

- женщинам с симптомами, которые могут быть ассоциированы с раком яичников: с увеличением или вздутием живота при наличии брюшной или тазовой боли, чувства быстрой насыщаемости, затруднений при приёме пищи (эти проявления должны быть постоянными или нарастающими по тяжести или продолжительности);
- пациенткам с высоким риском рака яичников:
 - с мутацией генов-супрессоров опухолевого роста **BRCA1** и **BRCA2**;
 - с семейной историей рака.

Отметим, что первым и важнейшим этапом эксперты считают **клинический осмотр**. Врач изучает акушерско-гинекологический анамнез, оценивает **факторы риска**, проводит физикальное обследование и принимает решение о целесообразности (или нецелесообразности) выполнения **УЗИ** и анализа уровня опухолевых маркеров^{7,8}.

Методы лучевой диагностики

Ведущим методом лучевой диагностики считают **трансвагинальное УЗИ** — оно позволяет определить локализацию, размер и характер новообразования, наличие дополнительных патологических изменений в малом тазу и брюшной полости, поражение лимфатических узлов забрюшинного пространства. Стоит также отметить, что чувствительность и специфичность исследования составляют **93,5** и **91,5%** соответственно.

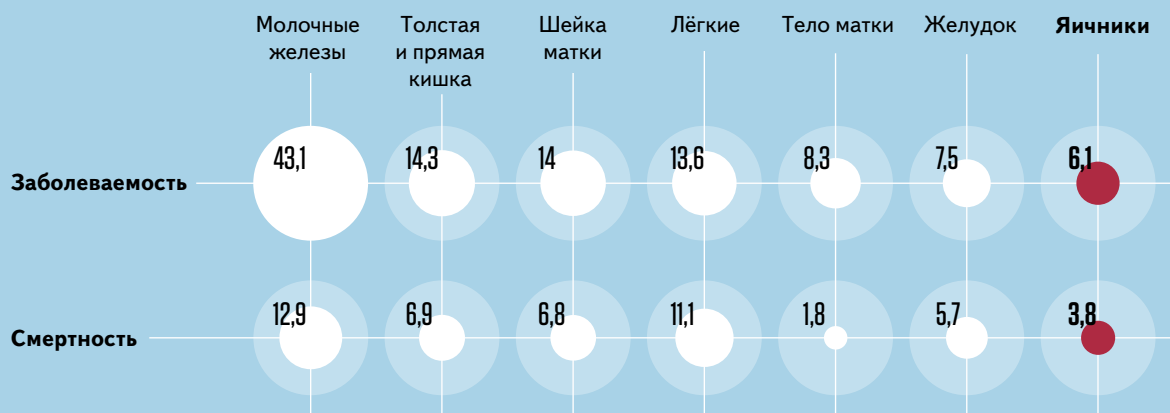
В то же время из-за **высокой частоты ложноположительных результатов** сонография не рекомендована в качестве скринингового метода для выявления рака яичников^{7,8}. Как было показано в британском проекте UKSTOCS, гипердиагностика имела место в **90%** случаев — девяти из каждых **10** обследованных женщин выполнили хирургические вмешательства, которых можно было бы избежать⁵.

РАК ЯИЧНИКОВ В ЦИФРАХ И ФАКТАХ

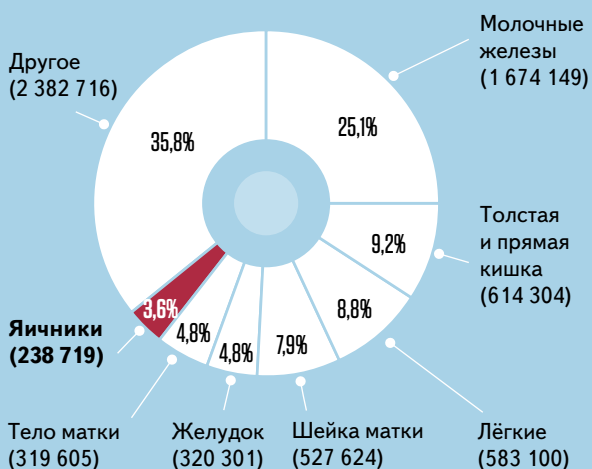


ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ: МИРОВЫЕ ДАННЫЕ (2012)*

Заболеваемость и смертность от онкологических болезней в мире, на 100 тыс. женщин в год

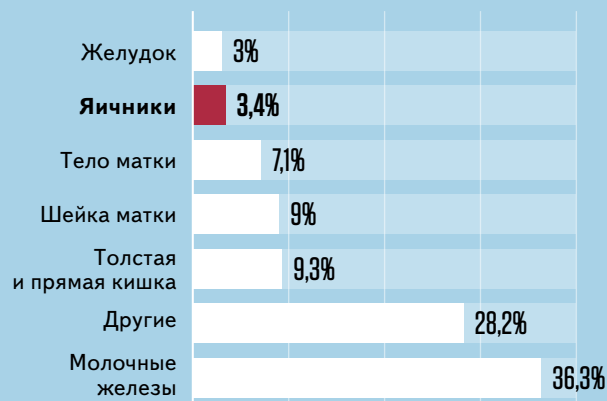


Рак яичников в структуре всех онкозаболеваний у женщин в мире



По заболеваемости рак яичников в сравнении с другими злокачественными опухолями у женщин занимает **7-е место**.

Пятилетняя выживаемость при самых распространённых видах рака у женщин в мире



Из **семи злокачественных опухолей самых распространённых** локализаций у женщин рак яичников ассоциирован с **наиболее низкой** выживаемостью (2-е место после рака желудка).

* International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. — URL: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.

При подозрении на злокачественную опухоль, а также при выявлении новообразований очень большого размера может быть выполнена **МРТ** (чувствительность и специфичность — 91,9 и 88,4% соответственно).

Чтобы отличить доброкачественное новообразование от злокачественного, используют общепринятый **стандарт IOTA**, разработанный группой экспертов Международного анализа опухолей яичников (International ovarian tumor analysis, 2000). В частности, о доброкачественности процесса свидетельствуют^{9,10}:

- одиночные (унилокулярные) кисты;
 - солидный компонент не более 7 мм;
 - наличие акустического затемнения в кисте;
 - комплексные мультилокулярные кисты диаметром не более 10 см;
 - отсутствие кровотока внутри кисты.
- К признакам малигнизации относят:
- неоднородное строение солидного образования;
 - асцит;
 - четыре и более папиллярных структур в кистах;
 - смешанные по структуре кисты общим размером более 10 см;
 - наличие кровотока внутри кисты.

Кроме того, дополнительно может быть определён **индекс риска малигнизации RMI** (Risk of malignancy index; 1990)¹¹, при расчёте которого учитывают данные УЗИ, менопаузальный статус, уровень онкомаркера CA125 (Carbohydrate antigen 125). Метод имеет невысокую чувствительность — 77%, но хорошую специфичность — 90%^{7,11}, что позволяет рекомендовать его при комплексной оценке состояния пациентки.

Определение уровня опухолевых маркеров

Третьим методом диагностики рака яичников, вошедшим в международный стандарт, является иммунологическое исследование с оценкой уровня **опухолевых маркеров** в сыворотке крови, важнейшим из которых служит углеводный антиген CA125. Принято считать, что его концентрация **более 35 МЕ/мл** свидетельствует о злокачественном

характере овариального новообразования (подтверждают более чем у 80% больных).

Чувствительность метода колеблется от 50 до 95% и зависит от стадии процесса и гистологической структуры опухоли^{5,12}. Тест имеет особенно **высокую значимость в менопаузальном периоде** (при превышении референсного значения показателя у таких женщин в 90% случаев подтверждают овариальный рак), а также у пациенток с **повышенным риском злокачественной опухоли яичников** (наследственной предрасположенностью, мутацией генов *BRCA1* и *BRCA2*, после гиперстимуляции яичников)^{13,14}. Однако, поскольку в начале заболевания уровень CA125 превышает 35 МЕ/мл только в половине наблюдений, **для массового скрининга это исследование не подходит**^{14,15}.

[Считают, что концентрация CA125 более 35 МЕ/мл говорит о наличии злокачественного новообразования. Однако в начале заболевания уровень антигена превышает это значение только в половине наблюдений, и для массового скрининга это исследование не подходит.]

Чаще всего содержание CA125 возрастает **при эпителиальных новообразованиях** яичников (при серозной цистаденокарциноме и низкодифференцированной карциноме — в 90 и 82% наблюдений соответственно), реже — **при эндометриоидной и мюцинозной карциномах** (в 30–60 и 30% случаев соответственно). При диаметре опухоли менее 1 см уровень онкомаркера повышается у 55% больных, от 1 до 5 см — у 80%, более 5 см — у 92%. В то же время даже при малых размерах новообразования концентрация CA125 может достигать очень высоких значений — до 10–20 тыс. МЕ/мл, что бывает при метастазах и асците¹⁶.

Трудности выявления злокачественных опухолей яичников на основании содержания CA125 в сыворотке крови обусловлены ещё и тем, что этот показатель повышается также **при других патологических состояниях**: асците туберкулёзной этиологии, хроническом панкреатите, колите, пневмонии, добро-

качественных опухолях яичников, эндометриозе и миоме матки, раке молочной железы, эндометрия, лёгких, поджелудочной железы и других локализаций¹⁴. Обычно в таких случаях концентрация данного онкомаркера не превышает 65 МЕ/мл, хотя эти границы довольно условны — в ряде наблюдений при воспалении придатков матки, эндометриозе и выраженном колите был зафиксирован уровень 500 МЕ/мл. Тем не менее достоверным признаком рака яичников считают показатель **более 65 МЕ/мл**.

В целом данный тест **не может служить высокоспецифичным маркером** овариального онкопроцесса на ранних стадиях, хотя превышение нормальной концентрации CA125 в 2 раза можно расценивать как признак этого заболевания^{14,16}.

В последние годы для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований яичников стали широко применять другой онкомаркер — **HE4** (Human epididymus protein 4), концентрация которого не возрастает при эндометриозе и других доброкачественных заболеваниях женской половой системы^{13,15}. Чувствительность такого теста при диагностике серозного рака яичников составляет 83%, специфичность — 90%.

Кроме того, для повышения диагностической точности можно использовать **алгоритм определения риска рака яичников** (Risk of ovarian malignancy algorithm, ROMA), в соответствии с которым во внимание принимают концентрации CA125 и HE4, а также менопаузальный статус. Чувствительность и специфичность метода составляют 89 и 83% соответственно, что больше, чем при анализе уровня CA125. Для оценки риска рассчитывают прогностический индекс; для женщин репродуктивно-

НОВООБРАЗОВАНИЕ ЯИЧНИКА: СЧИТАЕМ РИСК РАКА



ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Расчёт индекса малигнизации — RMI (risk of malignancy index)

$$RMI = A \times B \times C$$

A	Менопаузальный статус:		
	• репродуктивный возраст, пременопауза	1 балл	
	• постменопауза	3 балла	
B	Особенности при УЗИ:		
	• многокамерность;	Не выявлены	0 баллов
	• солидный компонент;	Один любой	1 балл
	• двусторонние образования;	признак	
	• асцит;	Два и более	3 балла
	• метастазы	признаков	
C	Содержание СА125	Абсолютное	
	в сыворотке крови	значение, Ед/мл	

! ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТА:

При значении RMI менее 200 новообразование в яичниках расценивают как доброкачественное, более 200 — как злокачественное. Чувствительность прогностической модели — 77%, специфичность — 90%.

Алгоритм оценки риска рака яичников — ROMA (risk of ovarian malignancy algorithm)

i Для вычисления ROMA используют прогностический индекс, который по-разному рассчитывают для женщин репродуктивного (ПИ₁) и постменопаузального (ПИ₂) возраста.

$$ПИ_1 = -12 + 2,38 \times \ln(HE4) + 0,0626 \times \ln(CA125)$$

$$ПИ_2 = -8,09 + 1,04 \times \ln(HE4) + 0,732 \times \ln(CA125)$$

$$ROMA = \exp(ПИ) : [1 + \exp(ПИ)] \times 100$$

ln натуральный
логарифм

exp экспонента

HE4 уровень опухолевого
маркера HE4 (пмоль/л)

CA125 уровень опухолевого
маркера CA125 (Ед/мл)

Высчитать логарифм и экспоненту можно с помощью калькулятора.

! ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТА:

У женщин пре- или постменопаузального возраста ROMA менее 11,4 и 29,9% указывает на низкий риск рака яичников, при превышении этих показателей — на высокий. Чувствительность прогностической модели — 89%, специфичность — 83%.



© OKRFD / iStockphoto.com

[Для повышения диагностической точности можно использовать алгоритм определения риска рака яичников (ROMA), когда во внимание принимают концентрации CA125 и HE4, а также менопаузальный статус. Чувствительность и специфичность метода составляет 89 и 83% соответственно, что выше, чем при анализе уровня CA125.]

го и постменопаузального возраста пороговые значения составляют 11,4 и 29,9% соответственно. В то же время нужно понимать, что использование ROMA оправдано в основном в **группе высокого риска**.

Человеческий фактор

Недопустимо большой вклад в проблему запоздалого выявления рака яичников и высокой летальности больных наряду с малосимптомностью и отсутствием диагностических методов с достаточной чувствительностью и специфичностью вносят **врачебные ошибки**:

- длительное наблюдение без уточнения диагноза;
- неиспользование всего возможного арсенала исследований;
- неправильная интерпретация полученных данных;
- неверная тактика хирургического лечения в гинекологических клиниках общего профиля.

В частности, анализ концентрации CA125 назначают только 5,8% пациенток, находящихся под наблюдением гинекологов по поводу tuboовариальных образований, что определено мало, поскольку этот тест входит в стандарт обследования, рекомендованный SGO и ACOG (см. выше).

Ещё одно распространённое упущение клиницистов — **игнорирование факторов риска**, хотя эта информация позволяет



выделить группу женщин, кому необходимо прицельное обследование. Как уже говорилось, оно показано при наличии определённых симптомов (см. выше), мутации генов *BRCA1* и *BRCA2* (которую имеют 13% больных раком яичников) и отягощённого семейного анамнеза (15% случаев овариального рака носит наследственный характер). Также следует учитывать **возраст** пациентки: в группе 20–29 лет заболеваемость составляет 1,8–2,2 : 100 тыс. человек, в 30–39 лет — 3,1–5,1 : 100 тыс., в 40–49 лет — 9–15,2 : 100 тыс., а максимальная распространённость овариального рака приходится на постменопаузальный период¹⁷.

К факторам риска рака яичников также относят¹⁸:

- поздний климакс — старше 55 лет;
- детородный период длительностью

больше 30 лет с низкой репродуктивной активностью и большим количеством менструальных циклов (редкие беременности, непродолжительная лактация, бесплодие);

- гиперстимуляцию яичников при применении ЭКО;
- заместительную гормональную терапию свыше 10 лет;
- эндометриоз;
- ожирение.

А вот использование КОК, кормление грудью и перевязка маточных труб в анамнезе снижают вероятность рака яичников^{19,20,21,22}.

Очень частой ошибкой служит **неправильная трактовка уровня васкуляризации опухоли** (с низким индексом резистентности сосудов), что косвенно свидетельствует о малигнизации (её отмечают в 100% случаев онкологиче-

ских заболеваний) и неоднородности эхо-структуры (в 54% наблюдений). К сожалению, нередко злокачественный процесс начинают подозревать только в связи с резким повышением концентрации СА125 или со стремительным увеличением размеров тубовариального образования, а 28–44% пациенток наблюдают без какого-либо лечения^{16,23}.

При 46% лапароскопических вмешательств диагноз устанавливают лишь **на основании внешнего вида** опухоли, при этом подозрение на рак возникает в 15% наблюдений, а эндоскопическую картину **недооценивают у 41% пациенток** (иногда хирург вообще не осматривает удалённые ткани). Как результат, у 36% пациенток вместо радикальной операции выполняют резекцию яичника, у 52% — одностороннюю овариэктомию, у 10% — пункцию или биопсию «кисты».

Стоит отметить, что при 10% вмешательствах **не проводят срочного морфологического исследования** (обязательного при операциях по поводу опухолей яичников), многие врачи не берут свободную жидкость или смывы из брюшной полости для цитологического исследования (необходимо до начала хирургических манипуляций на органе), **не выполняют резекцию** второго, визуально не изменённого яичника и большого сальника.

В целом злокачественный процесс диагностируют преимущественно при плановом морфологическом исследовании после 85% хирургических вмешательств. Несмотря на возможности современной предоперационной диагностики, при гистологическом исследовании удалённой ткани рак выявляют у 0,9–4,2% женщин, оперированных по поводу доброкачественных опухолей яичников²¹.

Довольно редко выполняют переход от лапароскопии к лапаротомии (менее 5% наблюдений), в связи с чем в дальнейшем возникает **необходимость повторной «большой» операции**. Тактические ошибки во время эндоскопических вмешательств — недостаточный объём удалённых тканей визуально поражённого яичника, невыполнение резекции второго яичника и большого сальника — приводят к **недооценке стадии заболевания** (в половине случаев её

вообще не указывают!) и неадекватной лечебной тактике²⁴. При последующих операциях в онкологическом учреждении поражение второго яичника выявляют в 16% случаев, метастазы в большом сальнике — в 12%, оставленную часть опухоли в резецированном яичнике — в 3,6%.

Во избежание серьёзных осложнений перед эндоскопическим вмешательством по поводу tuboовариальных образований лечащему врачу следует заранее **обсудить с пациенткой возможность лапаротомии** (в случае выявления злокачественной опухоли) и получить от неё информированное добровольное согласие на «большое» хирургическое вмешательство. Каждый хирург должен прежде всего оценить гистологическую структуру удалённого препарата и в случае необходимости выполнять операцию в нужном объёме.

[Во избежание проблем перед эндоскопическим вмешательством по поводу tuboовариальных образований следует заранее обсудить с пациенткой возможность лапаротомии (при выявлении злокачественной опухоли) и получить информированное добровольное согласие.]

Неблагоприятное влияние на прогноз оказывают **несоблюдение принципов абластики** во время лапароскопии, нарушение целостности капсулы новообразования²⁵. Так, 39% удалений «кисты» или яичника сопровождаются **разрывом капсулы**, а специальные контейнеры для извлечения опухоли используют всего в 5% вмешательств^{16,23}.

Чрезвычайно важно, что от **объёма первой операции и профиля медицинского учреждения** зависят частота ранних рецидивов (в течение первых 6 мес после лечения) и **2-летняя выживаемость** больных. Так, после неадекватных вмешательств эти показатели составляют при эндоскопическом доступе 23,3 и 66% соответственно, а при лапаротомном — 2,5 и 80%²⁴. Для сравнения: после первичной операции в онкологическом учреждении частота ранних рецидивов минимальна, а показатель 2-летней выживаемости достигает 93%.

Дифференциальная диагностика типов овариального рака

Отдельно следует обратить внимание на проблему дифференциальной диагностики онкологических заболеваний, которые относят к «овариальным ракам», — внешне схожих, но неодинаковых по своей сути состояний. В яичниках возникает более **25 различных** по гистологическому строению опухолей; более того, даже новообразования, возникшие из одной ткани органа, могут значительно различаться по структуре и вызываемым клиническим проявлениям.

Например, известно, что из числа больных со случайно обнаруженным раком яичников в **80%** выявляют **эпителиальные** злокачественные новооб-

разования, в 10% — герминогенные, ещё в 10% — опухоли стромы полового тяжа²⁴. Для минимизации числа ошибок при обследовании пациенток с tuboовариальными образованиями в гинекологических клиниках общего профиля следует проводить сбор анамнеза и клинический осмотр с учётом всех факторов риска.

В тех случаях, когда выявляют солидные или кистозно-солидные образования яичников, дополнительно необходимо определять уровень следующих веществ^{5,12}:

- онкофетальных антигенов (α -фетопротеина [АФП], ракового эмбрионального антигена);
- гликопротеидов (СА153, СА199);
- ферментов (лактатдегидрогеназы);
- гормонов (эстрадиола, тестостерона, β -хорионического гонадотропина человеческого [β -ХГЧ], ингибина, фактора регрессии мюллеровых протоков).

Стоит отметить, что для **опухолей стромы полового тяжа** характерно повышение концентрации ингибина, эстрадиола, тестостерона и фактора регрессии мюллеровых протоков; для **герминогенных опухолей** — повышенная экскреция лактатдегидрогеназы, β -ХГЧ, АФП, ракового эмбрионального антигена. При подозрении на злокачественные **муцинозные опухоли** яичников показано определение концентрации не только СА125, но и СА199 (хотя этот маркер специфичен для опухолей желудочно-кишечного тракта, его содержание может повышаться и при муцинозном раке яичников²⁶).

Определение концентраций АФП и ракового эмбрионального антигена у больных злокачественными опухолями яичников может быть полезно также для дифференциальной диагностики между **метастазами в печень** и доброкачественными образованиями этого органа²⁷. Стоит также подчеркнуть, что оценка концентрации СА153 в совокупности с маммографией и УЗИ позволят различить первичную злокачественную эпителиальную опухоль яичников и метастазы в яичники при раке молочной железы.

Кроме того, такая тактика позволяет исключить первично-множественные опухоли не только яичников, но и молочной железы⁷.



Появление нового высокоспецифичного лабораторного теста, который позволил бы распознавать рак яичников на ранних стадиях, безусловно, могло бы коренным образом переломить сложившуюся ситуацию с низкой выживаемостью больных.

Пока же у клиницистов **не остаётся другого выбора**, кроме как компенсировать несовершенство каждого из существующих методов исследований их сочетанием. Главное — выделение женщин **группы высокого риска** и диагностический поиск в соответствии с **международными стандартами** будут способствовать своевременной диагностике рака яичников и улучшению прогнозов для больных. **SP**

Библиографию см. на с. 154–159.

internet Ледокол

Усилиями Американского общества Красного Креста, Центров США по контролю и профилактике заболеваний, Фонда ООН, ЮНИСЕФ и ВОЗ в 2015 году была создана Инициатива по борьбе против кори и краснухи. Её эксперты разработали Глобальный стратегический план, предусматривающий сокращение к 2015 году числа случаев смерти от кори на 95% (в сравнении с 2000 годом) и полную ликвидацию обеих болезней по крайней мере в пяти регионах ВОЗ к 2020 году. Наш интернет-ледокол отправляется на поиски ответа на вопрос, как меняется ситуация сегодня.



© Ивнов Виталий / ИТАР-ТАСС

В 2015 году в мире от кори погибли 134 200 человек, и большинство умерших были младше 5 лет. В то же время существующие меры профилактики достаточно эффективны: по оценкам ВОЗ, за 2000–2015 годы иммунизация привела к снижению смертности от инфекции на 79%. Однако корь чрезвычайно контагиозна. Так, в Свердловской области с 7 октября по 13 декабря 2016 года было зарегистрировано 84 случая заражения, причём в пяти медицинских организациях были инфицированы 50 человек.

Стоит отметить, что проблема актуальна и для акушеров-гинекологов: даже у вакцинированных на первом году жизни, но не ревакцинированных в пубертате пациенток к репродуктивному возрасту титр антител падает значительно ниже защитного уровня. Таким образом, при беременности вирус проникает через плаценту и на ранних сроках может вызвать ВПР плода, на более поздних — стать причиной преждевременных родов и мертворождения.

Корь угрожает Европе

<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/press-releases/2017/measles-outbreaks-across-europe-threaten-progress-towards-elimination>

Наблюдатели ВОЗ зафиксировали в Европе значительный рост числа заболевших корью. Так, в январе 2017 года в целом по региону зарегистрировано 559 случаев этой инфекционной болезни, причём большинство из них (474) — в Германии, Италии, Польше, Румынии, Украине, Франции и Швейцарии. В качестве одной из вероятных причин столь неблагоприятной ситуации эксперты называют **недостаточный охват** населения иммунизацией второй дозой противокоревой вакцины.

Чрезвычайно критичной выглядит **эпидемиологическая обстановка** в Румынии, где чуть больше чем за год (учитывали период с января 2016 года по март 2017 года)

Комментарий SP. Один из путей преодоления сложной эпидемиологической ситуации по опасному заболеванию — вакцинация. **Национальным календарём прививок** в России предусмотрена **иммунизация** против кори и краснухи детей в возрасте 1 года и 6 лет, против кори — 15–17-летних подростков и взрослых до 35 лет в том случае, если они ранее не болели этим заболеванием, не имели прививки или были привиты однократно.

Только **своевременная** вакцинопрофилактика, в том числе в рамках **прегравидарной подготовки**, позволяет предупредить тяжёлые ВПР плода и осложнения беременности, поскольку в период гестации иммунизировать пациентку **живой** противокоревой вакциной уже нельзя.

отмечено 3400 случаев кори и 17 смертей от этого заболевания.

Эксперты ВОЗ предупреждают, что в условиях свободы перемещения и активной миграции населения в Европе вероятны **всё новые и новые вспышки** заболеваемости до тех пор, пока не будет достигнут должный уровень вакцинации жителей стран региона.

Континент от вируса свободен

Комментарий SP. Говорить об элиминации инфекта, согласно заключению комиссии ВОЗ, можно лишь в том случае, если в стране на протяжении 12 мес не возникают локальные вспышки заболевания (трансфер инфекционного агента возможен из других стран и регионов), а эндемичные случаи кори и краснухи не фиксируются на протяжении 36 мес.

http://www.who.int/immunization/GIN_September_2016.pdf

Первыми, кто объявил об окончании экспансии кори на своей территории, стали США. Панамериканская организация здравоохранения в сентябре 2016 года официально декларировала, что масштабная **22-летняя программа борьбы** привела к успеху. Эксперты отмечают, что до 1980 года, давшего старт массовой вакцинации, корь стала причиной гибели 101 800 жителей Америки. Согласно расчётам, своевременная и полноценная иммунизация позволит предотвратить **до 3,2 млн** случаев заболевания и **не менее 16 тыс. смертей** в период 2000–2020 годов.

Сопротивляемость под вопросом

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25954009>

Результаты исследования, проведённого группой специалистов Принстонского университета (Princeton university) и Университетского медицинского центра Роттердама (Erasmus university medical center, Rotterdam), убедительно доказали, что перенесённая корь способствует **продолжительной иммуносупрессии**, особенно у детей. Если ранее существовало мнение о том, что организм реконвалесцента уязвим перед оппортунистическими инфекциями лишь на протяжении нескольких недель, то теперь стало очевидным, что это состояние можно наблюдать **в течение 2–3 лет** после перенесённой кори.

Авторы оценили летальность в группе детей 1–9 лет, проживающих в Европе, и у американцев 1–14 лет, проанализировав данный показатель вскоре после массовой противокоревой вакцинации. Оказалось, что смертность от инфекционных заболеваний оставалась высокой в среднем на протяжении 28 мес после прививки. В то же время внедрение в практику вакцинации в развивающихся странах сопровождалось **снижением смертности** и от этих причин. Это позволило сделать вывод о том, что иммунизация против кори способна **ковсвенно защищать** от вероятного летального исхода в результате оппортунистических инфекций.

Комментарий SP. Основная причина того, что вирус кори способен индуцировать иммуносупрессию, кроется в способности инфекта **разрушать Т-лимфоциты**. Для восстановления пула этих клеток организму необходим в среднем месяц, однако способность Т-клеток адекватно реагировать на перенесённые инфекции утрачивается, к сожалению, надолго.

Боевые потери в мирное время

Комментарий SP. Российские реалии демонстрируют положительную динамику: за 2016 год **заболеваемость корью снизилась** в 5,2 раза в сравнении с 2015-м и составила 0,11 на 100 тыс. населения. Однако вряд ли это повод успокоиться, ведь и у нас, по данным Роспотребнадзора, **остаются горячие точки неблагополучной** эпидемиологической ситуации: Свердловская, Иркутская области, Республика Бурятия, Ставропольский край и, как ни удивительно, Москва.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/measles-children-death/en/>

Согласно данным ЮНИСЕФ, **ежедневно** в мире от кори погибают не менее 400 детей. И даже тот факт, что с 2000 года смертность от этого заболевания в целом снизилась на 79%, не добавляет оптимизма и уж точно не должен успокаивать врачей, ответственных за профилактику инфекций. По мнению Робина Нанди (Robin Nandy), главного советника ЮНИСЕФ по вопросам иммунизации, «...**без политической воли руководства стран** дети продолжают умирать от болезни, которую легко можно предотвратить без больших финансовых затрат». Подтверждением этих слов выступает статистика: вакцинация в период 2000–2015 годов позволила сохранить около 20 млн молодых жизней.

Однако до сих пор Конго, Эфиопия, Индия, Индонезия, Нигерия, Пакистан так и не смогли обеспечить профилактические меры для своих граждан, а потому и удерживают сомнительное первенство по показателю смертности населения от кори — 75% от всех летальных исходов в результате этого заболевания в мире.

Ложное ощущение безопасности

<http://www.pnas.org/content/114/16/4031>

«Даже самая лучшая вакцина, оставаясь во флаконе, обладает нулевой эффективностью» — таков основной посыл публикации исследователей из Центра вакцинации университета Эмори (Emory vaccine center). Сам материал, опубликованный в апреле 2017 года, посвящён вопросам экономических и социальных преимуществ иммунизации. Согласно отчёту Центров по контролю и профилактике заболеваний (Centers for disease control and prevention, CDC), из 159 заболевших корью в 2015 году 68 не были вакцинированы и 29 из них **не прививались по идеологическим соображениям**. Кроме того, в США наблюдают увеличение числа отказов родителей от иммунизации детей (в 2013 году таких отказов было 87%). И, что немаловажно, по итогам глобального опроса респондентов в 67 странах мира примерно 6% из них проявляют скепсис в отношении значимости вакцин в качестве противoinфекционной защиты.

Комментарий SP. Авторы цитируемого отчёта точно подметили: «В каком-то смысле вакцины стали жертвами собственного успеха. Болезни, которые когда-то вызывали страх и желание сделать прививку, сейчас встречаются редко. И потому появилось **ложное и опасное чувство самоуспокоенности** среди населения». Сегодня перед врачами всего мира стоит важнейшая задача не просто выполнения календаря прививок, но и просветительских мероприятий среди пациентов, подпавших под влияние ложных идей о вреде вакцинации.

Тайны цервикальной трансформации

Созревание шейки матки в родах: от понимания механизмов к способам управления и программированным родам



Авторы: Виктор Евсеевич Радзинский, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН; Светлана Александровна Маклецова, канд. мед. наук; Оксана Валерьевна Богдашевская, StatusPraesens (Москва)

Несмотря на достижения современной науки и накопление медицинских знаний, конкретные механизмы созревания шейки матки (ШМ) и возможность влияния на них во многом остаются terra incognita. До сих пор нет общей доктрины, положения которой полностью согласовывались бы с современными данными о морфологии и физиологии матки в период беременности и в родах¹.

Большинство практикующих акушеров-гинекологов со «школьной скамьи» прекрасно помнят о теориях контракции—ретракции—дистракции, «гидравлического клина» и «стройного нисходящего градиента». Любопытно, что все эти гипотезы были созданы в результате анализа изображения препарата удалённой послеродовой матки. К чести художника, немецкого врача Эрнста Бумма (Ernst Bumm)², следует отметить, что качество рисунка было так высоко, а пояснения к нему столь убедительны, что акушеры начала прошлого века приняли предложенную концепцию без каких-либо сомнений. Более того, эта иллюстрация — единственное «материальное доказательство» теории маточного сокращения — лишь недавно исчезла из современных учебников³.

«Всё течёт, всё изменяется» — пришло время для пересмотра взглядов на созревание ШМ к родам в свете новых представлений об анатомии и гистологии cervix uteri. Без этого невозможно понять, каким образом за считанные часы плотный «запирательный» орган превращается в соединительнотканное кольцо с кавернозной структурой и функцией «пропуска плода на выход».

Эффективно управлять процессом родов можно только тогда, когда понятны связанные с ним эндокринные, биохимические и биомеханические механизмы, на которые можно повлиять. С тех пор как в 1980 году проф. Г.А. Савицкий представил свою концепцию формирования родовой схватки как «миометриально-гемодинамического феномена» и предложил новое видение цервикального раскрытия, основные положения этой доктрины так и не были опровергнуты³. Более того, на сегодня

это пока единственная альтернатива тому самому «тройному нисходящему градиенту», подтвердить существование которого в век доказательной медицины так и не смогли.

Поскольку именно цервикальная трансформация (созревание и последующее раскрытие) — ключевое событие предродового периода и I периода родов, внимание исследователей приковано к изучению биологических механизмов, регулирующих ремоделирование ШМ во время беременности и родов. Феномен

практически полного «исчезновения» cervix uteri к родам с последующим восстановлением не имеет аналогов среди всех биологических процессов⁴.

Привратник беременности

В англоязычной литературе ШМ часто называют «gatekeeper for pregnancy», что дословно можно перевести как

[Цервикальная трансформация — феномен практически полного «исчезновения» *cervix uteri* к родам с последующим восстановлением — не имеет аналогов среди всех биологических процессов.]

«привратник беременности». Действительно, именно этот «страж» препятствует вторжению микроорганизмов и противостоит силам гравитации, удерживая плод (вместе с оболочками, водами и плацентой) внутри матки — а это несколько килограммов. В то же время за какие-то 24 ч «брюки превращаются в элегантные шорты» — плотная запирающая структура увеличивается в размерах и «расползается» в стороны, обеспечивая беспрепятственное прохождение плода.

Согласно современным представлениям (известным, к сожалению, далеко не каждому врачу), гистологическое строение шейки и тела матки значительно различается. Стенка тела органа состоит из серозного, мышечного и слизистого слоёв; в составе миометрия выделяют поверхностный, сосудистый и внутренний уровни. *Cervix uteri*, о которой сегодня принято говорить как об отдельном органе, — это соединительнотканно-сосудистая структура, почти лишённая организованного мышечного слоя⁵: дистальный отдел содержит всего 6% гладкомышечных клеток, средний — 10–18%, а проксимальный — 20–28% (в целом мышечная ткань занимает лишь 10–15% общего объёма⁶). Говорить о «циркулярном слое гладкомышечных клеток» в ШМ не приходится — очевидно, что её запирающая функция обусловлена особым строением соединительнотканного каркаса.

Удивительно, но устаревшие представления о строении *cervix uteri* оказались невероятно живучими, а такое понятие, как «спазм шейки матки», по сей день используют в рутинной акушерской практике — хотя для удержания плода природой предусмотрен не мышечный сфинктер, а соединительнотканное кольцо. Его основа состоит из коллагеновых и эластиновых волокон; в области внутреннего зева они располагаются циркулярно, увеличивая жёсткость тканей в области истмико-цервикального соустья и формируя «шеечный замок».

В межлужковом веществе содержатся клеточные элементы: фибробласты, фиброциты, плазматические клетки. С приближением родов картина становится разнообразнее — главным образом за счёт макрофагов, тучных клеток и полиморфноядерных лейкоцитов. Они принимают участие в регуляции сосудистого тонуса, но главное — именно на них лежит ответственность за изменение свойств соединительнотканного остова, без которого созревание ШМ невозможно. Таким образом, цервикальная трансформация перед родами — биохимический процесс, протекающий в предварительно подготовленных условиях, главное из которых — серьёзная модификация сосудистого русла.

Особенные вены

И вне беременности, и на всём её протяжении в *cervix uteri*, как в любом другом органе человеческого организма, функционирует «стандартный набор» компонентов сосудистой системы: артерии, артериолы, капилляры, венылы и вены. В течение гестации происходит адекватное разрастание сосудов разного калибра, что обеспечивает нарастающие потребности гипертрофирующейся ШМ. Однако существует одна важная особенность^{7,8}.

К самому началу родов в процессе цервикального созревания разворачивается принципиально новая венозная сеть, представленная особым видом синусоидальных сосудов. Это тонкостенные лакуны, которые, анастомозируя между собой, создают кавернозноподобную структуру в среднем слое ШМ⁹; она сообщается с венозными сплетениями нижнего маточного сегмента. Через прямые артериовенозные шунты, минуя капиллярное русло, артериальная кровь попадает непосредственно в венозные синусы *cervix uteri*. Такая перестройка служит абсолютно необходимым условием физиологического течения I периода родов.

Именно эта вновь образованная кавернозноподобная сеть формирует основу для скачкообразного увеличения объёма органа в родах (раскрытия ШМ!) — за счёт заполнения лакун кровью (по аналогии со слизистой оболочкой носа и половым членом у мужчин). При зрелой ШМ маточные сокращения выполняют роль гидравлического насоса, накачивающего кровь, что и обуславливает её растяжение и последующее раскрытие. С.Л. Воскресенский сравнивал этот процесс с распрямлением скрученной манжетки тонометра при нагнетании воздуха¹⁰.

Силовое депонирование крови в сосудистых лакунах ШМ обеспечивает два биомеханических эффекта (обязательных для физиологического течения I периода родов).

- Увеличение внутритканевого объёма жидкости — за счёт её диффузии по градиенту давлений из просвета сосудов в межлужковую ткань — способствует вкуче с биохимической «кухней» разрыхлению ткани, её «переобводнению» и увеличению растяжимости. «Переобводнение» — один из важнейших механизмов, участвующих в процессе дезорганизации коллагена, лежащей в основе глобальной, биохимически обусловленной перестройки цервикальной соединительной ткани (см. далее).
- Появление векторов силы, стремящихся расправить *cervix uteri* по окружности, растянуть её¹¹.

При отсутствии кавернозноподобной трансформации ШМ роды, как начавшиеся естественно, так и индуцированные, всегда приобретают патологическое течение¹².

Сценарий перевоплощения

Созревание ШМ — длительный процесс, он начинается ещё в I триместре беременности и продолжается до её окончания. Уже через 4 нед после зачатия начинается некоторое цервикальное «размягчение» (вспомним так называемые «предположительные признаки беременности» из бессмертного учебника В.И. Бодяжиной). В сроке 20–28 нед

ШМ постепенно укорачивается в среднем с 35 до 30 мм (при длине 25 мм и менее говорят об истмико-цервикальной недостаточности и опасаются преждевременных родов) — также за счёт прогрессирующего «размягчения» органа и увеличения его объёма⁴.

На самом деле в обоих случаях речь идёт о **физиологической цервикальной гипертрофии**, причём орган оказывается по консистенции несколько мягче шейки небеременной матки. В то же время указанное «размягчение» не идёт ни в какое сравнение с той глобальной перестройкой, которую претерпевает *cervix uteri* непосредственно перед I периодом родов. В отличие от умеренно размягчённой шейки в начале и середине беременности, **зрелая шейка мягкая на ощупь, тонкая и эластичная**.

Столь очевидное изменение консистенции связано со значительной **гистологической перестройкой** внеклеточного матрикса и «перелицовкой» клеточного состава ШМ. И хотя сведения о сути биохимических реакций цервикальной трансформации в родах столь же многочисленны, сколь и трудны для понимания, её ключевые моменты вполне поддаются логическому объяснению (пусть и несколько упрощённому). Всё начинается вполне ожидаемо — с падения **уровня прогестерона** в конце III триместра.

Скачкообразное снижение концентрации этого гормона незадолго перед родами **запускает каскадный процесс** с миграцией и активацией **нейтрофилов**; последние секретируют простагландины, цитокины и разнообразные ферменты (коллагеназы, желатиназы, эластазы) в строму ШМ¹³. Именно

матриксные металлопротеиназы обуславливают главное событие цервикального созревания: **разрушение коллагеновых волокон** соединительнотканного каркаса.

Аналогичное действие оказывает утрата чувствительности к прогестерону его рецепторами¹⁴, а также **механическое растяжение** цервикальных тканей вследствие давления плодного пузыря¹⁵.

Последнее обстоятельство имеет физиологический смысл: когда плод достигает «нужных» размеров, шейка начинает созревать «автоматически».

В итоге применительно к механизму цервикального созревания можно сделать **три важных вывода**.

1. Запуск процесса связан с **прогестероном**, вернее — с резким прекращением его воздействия на рецепторы. Именно на этом обстоятельстве основан механизм действия антипрогестинов (мифепристон), активно применяемых для обеспечения цервикального созревания в программированных родах.

2. Созревание *cervix uteri* в родах — **иммуннозависимый процесс**, что вполне объяснимо, поскольку для правильной трансформации шейке необходимо избавиться от «лишнего» плотного коллагенового каркаса. Клетки иммунной системы (в первую очередь нейтрофилы, макрофаги и тучные клетки), **активируясь** и перенастраивая синтез простагландинов, цитокинов и металлопротеиназ, «разрезают» коллагены, нарушая жёсткость соединительной ткани. Активирующим фактором для лейкоцитов может также выступать прямое **экзогенное поступление простагландинов** (ещё один метод стимуляции цервикального созревания в программированных родах).



© #flekseylis / iStockphoto.com

[Результатом каскада происходящих событий становится в корне изменившееся гистологическое строение шейки матки. Под разрушающим действием коллагеназы содержание коллагена уменьшается почти в 2 раза.]

3. Механическое растяжение также способно стимулировать клетки иммунной системы к синтезу необходимых ферментов — именно на этом основаны механические методы обеспечения созревания ШМ.

Результатом всего каскада происходящих событий становится в корне изменившееся гистологическое строение *cervix uteri*. Под действием коллагеназы* содержание коллагена уменьшается почти в 2 раза (с 80 до 30–50%), разрушается сам внеклеточный матрикс. При этом скорость процессов настолько высока, что механические свойства ШМ меняются просто стремительно. Интересно, что концентрация коллагена в ШМ небеременных зависит от количества родов: чем выше паритет, тем она ниже. Кстати, именно этим можно объяснить меньшую продолжительность повторных родов.

В целом изменения компонентов внеклеточного матрикса в ходе созревания ШМ имеют сходство с таковыми при воспалительном ответе: в строме увеличивается количество макрофагов, нейтрофилов, тучных клеток и эозинофилов. Кроме того, получены убедительные данные о важной роли провоспалительных цитокинов и хемокинов. Примечательно, что ИЛ-8 индуцирует хемотаксис и таким образом запускает инфильтрацию ШМ «клетками воспаления»¹⁶.

Таким образом, с современных позиций созревание ШМ — это многостадийный процесс, **генетически детерминированная** протеомная подготовка, которая продолжается иммунообусловленной биохимической деструкцией

соединительнотканного каркаса при одновременной трансформации цервикальной сосудистой сети с образованием многочисленных венозных лакун (что происходит в конце III триместра). Зрелая шейка размягчена и готова принять в себя большой дополнительный объем крови с тем, чтобы своим последующим раскрытием и практически исчезновением обеспечить возможность рождения плода.

Именно поэтому важно знать, что же такое «зрелость шейки матки» не в биохимическом и гистологическом аспектах, а с точки зрения **акушера-гинеколога родильного блока**.

Осетрина второй свежести

Практикующему врачу приходится оценивать зрелость ШМ в различных клинических ситуациях, и самая критичная из них — в начале I периода родов, когда стоит **вопрос о начале родовой деятельности**. Без точного знания временного параметра будет трудно оценивать эффективность родовой деятельности и в последующем — необходимость её коррекции.

К сожалению, надёжных и объективных методов **инструментального или лабораторного** контроля цервикального созревания до сих пор не разработано. Этот навык по-прежнему **остаётся «на кончиках пальцев»** акушера-гинеколога, хотя объективизировать степень зрелости ШМ в некоторой степени удаётся

благодаря **шкале Бишоп**. По результатам систематических обзоров, применение этой шкалы позволяет **лучше** прогнозировать исход родовозбуждения, чем определение фетального фибронектина или ультразвуковая цервикометрия^{17–20}.

Шкала, основанная на оценке длины шейки, её консистенции, проходимости цервикального канала, отношении к проводной оси таза, по-прежнему сохраняет за собой статус доступного в рутинной практике диагностического минимума. Оценивая готовность родовых путей, врач характеризует состояние ШМ как «незрелая», «недостаточно зрелая» и «зрелая» (см. табл. 1).

Чрезвычайно важный акцент: использование термина **«созревающая шейка матки»**, в том числе и особенно для обоснования решения об амниотомии, — **совершенно недопустимо**. Вероятность успешного родовозбуждения при амниотомии напрямую зависит от готовности *cervix uteri* к родам.

Для благоприятного исхода родов должен произойти последовательный запуск физиологического механизма с каскадным выбросом модуляторов контрактильности, активацией лизосомального аппарата миоцитов при разрыве плодных оболочек^{21–27}. Именно поэтому амниотомия при «созревающей» ШМ **тождественна амниотомии при незрелых родовых путях**. Для клинициста должны существовать только две градации: «зрелая шейка» и «незрелая».

Программированная минимизация рисков

Для практикующего врача чрезвычайно важно знать: созревание ШМ практически полностью происходит **до её укорочения и раскрытия**, то есть **до начала** I периода родов. Однако эта простая мысль не совсем очевидна для многих клиницистов, упорно

* Входит в семейство матриксных металлопротеиназ, функция которых связана с обменом белков соединительнотканного матрикса. Именно эти ферменты гидролизуют все компоненты внеклеточного матрикса, играют решающую роль в таких важнейших биологических процессах, как эмбриогенез, ремоделирование и репарация тканей.

Таблица 1. Шкала степени зрелости шейки матки (по Е.Х. Бишопу)

Признак	Баллы		
	0	1	2
Консистенция ШМ	Плотная	Размягчена по периферии	Мягкая
Длина ШМ	Более 2 см	1–2 см	Менее 1 см
Проходимость цервикального канала	Наружный зев закрыт	Канал проходим до внутреннего зева	Канал проходим для одного и более пальцев за внутренний зев
Положение ШМ по отношению к оси таза	Кзади	—	По оси

Примечание: 0–2 балла — шейка «незрелая»; 3–4 балла — шейка «недостаточно зрелая»; 5–8 баллов — шейка «зрелая».

Молекулярные акценты

В последнее время всё больше внимания учёных привлекают протеолитические ферменты, в частности **матриксные металлопротеиназы (ММПs)**. Такое название они получили благодаря своей способности гидролизовать белки внеклеточного матрикса, активно включаясь в обменные процессы в соединительной ткани, эмбрио- и неопластогенез¹³. На сегодня известно и довольно хорошо изучено около 30 ММПs.

До начала глобального созревания **ШМ делают упругой** структурированные фибриллы коллагена (преимущественно I и III типов). Во время созревания шейки её сопротивляемость нагрузке уменьшается по мере снижения концентрации коллагена и увеличения содержания гидрофильных гликозаминогликанов, что обеспечивает насыщение тканей жидкостью, разрежение и разрушение коллагеновых пучков, повышение растворимости коллагена и усиление восприимчивости к эндогенным протеазам. Процесс, в результате которого растворяются и разрушаются коллагеновые фибриллы, изучен не до конца, однако значительное число исследований показывает, что в его реализации участвуют гликозаминогликаны²⁸. **Гликопротеин декорин**, связывающий волокна коллагена, содержится в тканях ШМ в значительном количестве. На поздних сроках беременности дисперсия

коллагена обеспечивается уменьшением концентраций декорина и одновременным увеличением гиалуриновой кислоты. Последняя ослабляет взаимодействие коллагена с фибронектином, способствует насыщению тканей жидкостью и перераспределению волокон коллагена²⁹.

Изменения структуры коллагена сопровождаются снижением уровня добавочных белков: тромбоспондина 2, тенасцина С и лизилгидроксилазы, разрушающей поперечные связи в структуре коллагена. Известно, что

[В 2014 году был обнаружен главный ответственный за активность маточных сокращений — «австралийский белок», концентрация которого в крови у женщин накануне родов нарастает.]

дефицит тромбоспондина 2 приводит к **невсвоевременному** созреванию ШМ³⁰. Тенасцины — это белки внеклеточного матрикса, которые также способствуют повышению прочности тканей ШМ³¹. Количество тенасцина С снижается в соответствии с процессом размягчения ШМ и дезорганизацией коллагена.

Другой аспект **дезорганизации коллагена** связан с ферментативным действием вышеупомянутых ММПs³².

Семейство включает коллагеназы, желатиназы и эластазы, ответственные за ремоделирование тканей, в том числе за внутриутробную имплантацию³³ и «разъедание» коллагеновых волокон ШМ. Источник ММПs — хорошо нам знакомые «воспалительные клетки» — дендритные, тучные клетки, макрофаги, а также клетки-эмигранты, прибывающие на место действия «по вызову».

Способность ШМ к созреванию и раскрытию в родах генетически детерминирована³⁴. **Полиморфизмы**

были обнаружены в структурных генах воспалительных факторов или их рецепторов. Например, доказано, что некоторые аллели гена рецептора ИЛ-10 полностью нарушают каскадный процесс выброса модуляторов контрактильности³⁵. Возможно, дальнейшие исследования позволят ответить на вопрос, **почему не у всех** женщин удаётся добиться достаточной зрелости ШМ или активной родовой деятельности.

Секрет австралийского белка

В 2014 году на суд медицинской общественности были представлены сенсационные данные: был обнаружен так называемый **австралийский белок**, ответственный за активность маточных сокращений.

Первоначальной целью группы исследователей из Австралии был поиск ответа на вопрос, почему возникает слабость родовой деятельности у женщин, страдающих ожирением. В ходе научных экспериментов «виновник» был найден — им оказался ген *hERG*. До этого активность *hERG*-каналов связывали только с **координацией электрической активности сердца** (согласованная работа белков калиевых каналов играет ключевую роль в процессе сердцебиения). По своей сути «австралийский белок» выступает в роли трансмембранного канала для калия, поступающего

к мышечным клеткам и необходимого для их сокращения. Интересно, что повышение концентрации белка в крови выявляли у женщин накануне родов, что позволило исследователям задуматься о «белковой» составляющей маточных сокращений.

Изменения активности канала *hERG* не только влияют на электрофизиологические механизмы работы сердца, но и **регулируют родовую деятельность**³⁶. Во время нормальных родов увеличивается выработка β-ингибирующего белка, что приводит к снижению активности *hERG*-канала с увеличением продолжительности потенциалов и сокращений матки. Оказалось, что у женщин с высоким ИМТ эта система работает недостаточно эффективно, что, собственно, и становится причиной малопродуктивных схваток³⁷.

Кандигатский максимум

Для достижения хорошего клинического эффекта можно использовать гидрофильный дилататор «Дилапан-С». Жёсткий гелевый стержень обеспечивает постоянное и **предсказуемое действие**: при введении в цервикальный канал он постепенно разбухает за счёт поглощения жидкости из тканей ШМ. Помимо механического действия, расширяющего цервикальный канал, обеспечивается размягчение тканей, реверсивное обезвоживание тканей и раздражение механорецепторов³⁸⁻⁴⁰.

Обычно используют 4–5 дилаторов. Особые свойства гидрогеля обеспечивают **одинаковое расширение**⁴¹: через 2–6 ч стержень диаметром 3 мм разбухает до 8,3–10 мм, а исходный диаметр 4 мм увеличивается до 10–12,5 мм.

Благодаря использованию синтетического материала расширитель стабильно **сохраняет свою форму**, от него не отделяются отдельные фрагменты, исключён риск восходящего инфицирования.

Средний интервал от введения расширителей до завершения родов составляет 30,2 ч⁴². При этом созревание ШМ уверенно прогрессирует от малоперспективных 2,8 (95% ДИ 2,7–2,9) балла по шкале Бишопа до 6,5 (ДИ 6,2–6,7), увеличиваясь в среднем на 3,7 балла. У пациенток с абдоминальным родоразрешением в анамнезе оценка по шкале Бишопа прогрессировала от 2,6 (2,1–3,1) до 6,7 (5,9–7,4), прирост составил 4,1 балла.

На протяжении суток с момента применения дилаторов произошло 27% вагинальных родов, а за 36 ч — 55%. У четверти пациенток созревание шейки прошло быстрее, стержни

простояли менее 12 ч, и в этой группе вагинальные роды произошли у 51 и 74% женщин за 24 и 36 ч соответственно.

Инфекционные осложнения у матери отмечены в шести наблюдениях (1,7%), но ни один случай не был признан обусловленным применением осмотического расширителя. В эпидемиологических исследованиях средняя доля послеродовых инфекций составляет 6%, что позволяет считать применение «Дилапана-С» безопасным⁴³.

[Применение методики ускорения созревания шейки матки увеличивает шансы на вагинальные роды у повторнородящих (83 против 60% в отсутствие дополнительного вмешательства на cervix uteri).]

Только у 3% пациенток отмечали нежелательные эффекты: кровянистые выделения, дискомфорт и болезненные ощущения во время введения или удаления стержней. Во время созревания шейки по КТГ не было зарегистрировано нарушений состояния плода и гиперстимуляции матки ни в одном наблюдении.

На протяжении нескольких лет препарат был предметом ряда исследований, что нашло отражение в большом числе зарубежных и отечественных публикаций.

Так, немецкие учёные, наблюдая за 83 пациентками, поступившими на роды в перинатальный центр, сделали убедительный вывод о том, что применение методики ускорения созревания ШМ значительно увеличивало шансы на вагинальные роды у повторнородя-

щих в целом (83 против 60% в отсутствие дополнительного вмешательства на *cervix uteri*)⁴⁴.

Аналогичную тенденцию можно было наблюдать и у пациенток с кесаревым сечением в анамнезе: вагинальные роды составили 67 против 59% без применения методов стимулирования созревания ШМ.

Ещё одно исследование, результаты которого были опубликованы в 2016 году⁴⁵, показало высокую эффективность механических методов, несколько не уступающих фармако-

логическим. Срок индукции созревания оказался короче при интрацервикальном введении простагландина (12,8 ч), чем при интравагинальном его применении (29,9 ч) и использовании механического дилатора (31,7 ч), но именно в последнем случае полностью отсутствовал риск синдрома гиперстимуляции.

Подтверждением вышесказанному стал доклад, прозвучавший в мае 2017 года на 25-м Европейском конгрессе по акушерству и гинекологии в Турции⁴⁶. Суть сводилась к следующему: использование осмотических дилаторов ШМ увеличивает вероятность влагалищных родов, снижая риски, с которыми сопряжено кесарево сечение без надлежащих показаний. Кроме того, лучшие результаты были получены у пациенток, которым расширитель был установлен на 12 ч и более.

Немаловажно, что использование синтетических осмотических стержней не сопровождается увеличением побочных эффектов со стороны матери и плода, а вот экономические преимущества существенны и включают как

[Использование осмотических дилаторов шейки матки увеличивает вероятность влагалищных родов, снижая риски, с которыми сопряжено кесарево сечение без надлежащих показаний.]

возможность амбулаторного применения методики (соответственно, нахождения женщины до начала родов дома, а не в стационаре), так и меньшие финансовые затраты на вагинальные роды в сравнении с кесаревым сечением, что подтверждено в повседневной клинической практике.

Руководство к действию

1. Шейку обнажить в зеркалах, обработать раствором антисептика.
2. Зафиксировать ШМ с помощью пулевых щипцов.
3. После выпрямления цервикального канала без усилий с помощью зажима или руками ввести расширители, заводя их за внутренний зев параллельно задней поверхности головки плода. Лёгкое сопротивление врач может ощутить при введении расширителя за границу внутреннего зева. Край ручки должен оставаться перед наружным зевом.

NB! Если расширитель не завести за внутренний зев, возможна его экспульсия.

Пациентку следует информировать о **вероятности кровянистых выделений**. Во влагалищные своды можно поместить несколько тампонов, чтобы профилактировать возможное выпадение расширителя.

Минимальный период применения расширителя составляет 4 ч, оптимальный — 12–24 ч.

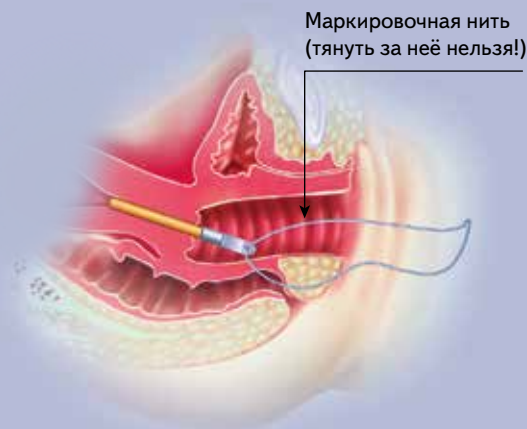
Для ускорения созревания ШМ одновременно можно вводить несколько расширителей, но не более пяти. При необходимости процедуру можно повторить через 24 ч, однако кратность повторов следует ограничить тремя введениями.

Если процедура расширения началась после полудня или накануне вечером, расширитель необходимо извлечь на следующее утро при осмотре влагалища на гинекологическом кресле: используя медицинский зажим, следует захватить ручку расширителя или извлечь его за маркировочные нити.

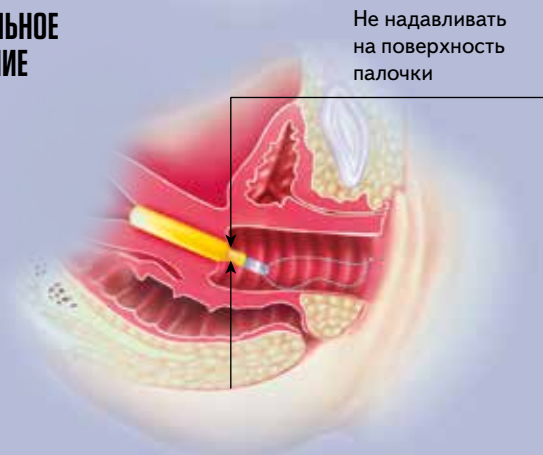
ИНСТРУКЦИЯ ПО ВВЕДЕНИЮ И ИЗВЛЕЧЕНИЮ ДИЛАТАТОРА «ДИЛАПАН-С»



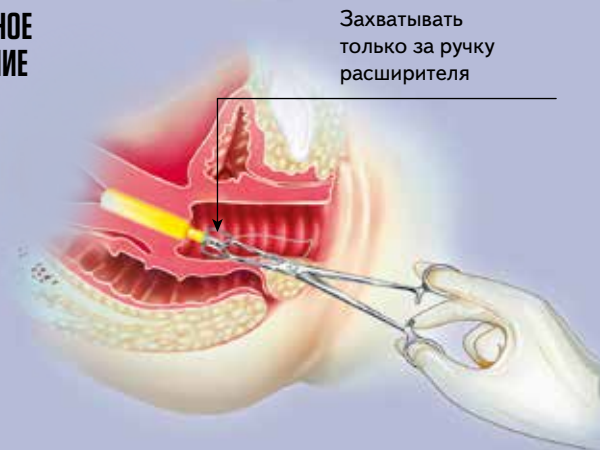
ПРАВИЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ



НЕПРАВИЛЬНОЕ ИЗВЛЕЧЕНИЕ



ПРАВИЛЬНОЕ ИЗВЛЕЧЕНИЕ



[«Бессмысленные и беспощадные» амниотомии при незрелой шейке — классический пример акушерской агрессии — повышают риск осложнений в родах в 16 раз, а частоту кесарева сечения — в 6 раз.]

Внимание: запрещено!

Безопасную и эффективную таблетку, вызывающую созревание ШМ, все ещё не изобрели. На эту роль могли бы подойти простагландины, однако риски их использования хорошо известны: это гиперстимуляция матки, изменение ЧСС плода, разрыв матки, послеродовое кровотечение^{47,48}. Недаром «Сайтотек» в качестве средства для родовозбуждения так и не был рекомендован ни FDA, ни самим производителем.

Американская коллегия акушеров-гинекологов (American college of obstetricians and gynecologists, ACOG) не рекомендует использовать мизопростол для подготовки шейки у пациенток с абдоминальным родоразрешением в анамнезе из-за существенного повышения риска разрыва матки⁴⁹. К такому же выводу пришло Общество акушеров-гинекологов Канады (Society of obstetricians and gynaecologists of Canada, SCOG), разрешив⁵⁰ очень аккуратное применение простагландина E₂. Аналогичный запрет закреплён в рекомендациях ВОЗ⁵¹.

продолжающих применять методы родовозбуждения при незрелой *cervix uteri* в обход чрезвычайно эффективной (хотя и не бесспорной) технологии программированных родов. Их время заранее планируется таким образом, чтобы роженица высокого риска получила доступ ко всем необходимым ей высоким медицинским технологиям, которыми располагает родовспомогательное учреждение⁵². Именно в этом случае можно провести роды *per vias naturales*, столь важные для женщины и её потомства, максимально сократив при этом все возможные риски. И главная составная часть этой технологии — мероприятия, обеспечивающие созревание шейки матки.

Амниотомии при незрелой шейке — классический пример акушерской агрессии. «Бессмысленные и беспощадные» амниотомии на якобы «созревающей» шейке повышают риск осложнений в родах в 16 раз, а частоту абдоминального родоразрешения — в 6 раз⁵³. Беременность приходится завершать операцией кесарева сечения, роды сопровождаются различными осложнениями, приобретают затяжной характер, а плод испытывает колоссальные нагрузки и далеко не всегда их выдерживает.

Программированные роды — мера вынужденная, далеко не безопасная, но иногда необходимая. Главным постулатом, лежащим в основе описываемой тактики, служит принципиальная оценка готовности родовых путей, т.е. зрелости ШМ. Выбирая этот метод, следует исходить из того, что ожидаемый положительный эффект должен превосходить потенциальные риски, нужно правильно определять показания и противопоказания, оценивать другие данные (в частности, наличие в анамнезе родов и разрыва плодных оболочек)⁵¹. Особую осторожность следует проявлять, планируя программированные роды у пациенток из групп риска:

- с рубцом на матке;
- с экстрагенитальными заболеваниями, в частности с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, ожирением, бронхиальной астмой;
- с диагностированной плацентарной недостаточностью.

Пациентки с рубцом на матке после абдоминального родоразрешения или миомэктомии зачастую безосновательно не получают шанса на роды через естественные родовые пути, в то время как повторная операция несёт ряд угроз для матери и плода, отражается на здоровье и психо-

логическом состоянии ребёнка в отдалённой перспективе. К тому же материнская заболеваемость при повторном абдоминальном родоразрешении в 3–4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути, а частота интраоперационных осложнений достигает 20%⁵⁴. Количество кесаревых сечений неуклонно растёт, создавая «эффект домино», когда одно оперативное вмешательство ведёт к следующему. Почти 25% пациенток с кесаревым сечением в анамнезе требуют досрочного родоразрешения по медицинским показаниям⁵⁵.

Дать возможность разорвать этот порочный круг и родить через естественные родовые пути не просто можно, но и необходимо. Успешные вагинальные роды в анамнезе, расположение плаценты по задней стенке, низкая или средняя степень перинатального риска, отсутствие признаков несостоятельности рубца и желание женщины — залог успешного завершения беременности⁵⁶. Целесообразным методом родоразрешения пациенток с оперированной маткой признают именно программированные роды⁵⁷, а подготовку ШМ обеспечивают применением современных механических методов.

Методов много,
но главное —
результат!

В то же время подготовку ШМ при её недостаточной зрелости (менее 6 баллов по шкале Бишопа) нельзя выполнять «на всякий случай». Это серьёзное медицинское вмешательство, которое может быть осуществлено механическими или медикаментозными методами.

К первым относят пальцевое отслоение плодных оболочек, введение в цервикальный канал баллона (катетера Фоллея), ламинарий или гигроскопических дилататоров. Медикаментозные методы включают применение аналогов простагландина E₁ (мизопростол*), простагландина E₂ (динопростон), антипрогестина (мифепристон).

* В инструкции по применению препарата, согласованной Минздравом России, родовозбуждение в перечне показаний отсутствует; назначение off-label чревато юридическими последствиями.

Как уже было сказано выше, важнейшее условие для программированных родов — созревание ШМ **до начала** родовой деятельности. Применение простагландинов **синхронизирует** процессы созревания и маточного сокращения⁵⁸, что нельзя признать оптимальным. К тому же более чем у половины пациенток в течение первого часа после использования препарата возникают ощутимые сокращения матки, что создаёт существенный дискомфорт. Необходимо **стремиться к пошаговым изменениям** — так, как происходит при физиологических родах.

Несколько более «физиологичны», если только так можно говорить об искусственно стимулированном цервикальном созревании, антипрогестин мифепристон (хотя полная блокада прогестероновых рецепторов в родах и не предусмотрена природой) и, конечно же, **механические методы** — как было указано выше, растяжение цервикального канала со стороны внутреннего зева плодным пузырьком служит сигналом для запуска процесса созревания ШМ⁵⁸. Механические методы вполне сопоставимы по эффективности с медикаментозными⁵⁹. Помимо физического расширения и раздражения механорецепторов, они, вероятно, запускают каскад биохимических реакций с высвобождением тех же самых эндогенных простагландинов и металлопротеиназ.

К неоспоримым **достоинствам** механических методов можно отнести незначительный риск гиперстимуляции матки и дистресса плода, минимальное количество побочных эффектов. **Недостатком** считают небольшое увеличение риска материнской и неонатальной инфекции от введения инородного тела в цервикальный канал⁶⁰, возможное повреждение низкорасположенной плаценты и умеренный дискомфорт, связанный с манипуляциями на ШМ.



То, что сегодня с лёгкой руки акад. РАН В.Н. Серова принято называть «перинатальным акушерством», немислимо без чёткого следования **естественным механизмам** родовой деятельности. А природой предусмотрен такой порядок: сначала — длительная и глобальная **подготовка cervix uteri к «экзамену родов»** (в виде трансформации сосудистой сети с образованием кавернозноподобных лакун), затем — «ночная зубрёжка накануне экзамена» (окончательное созревание ШМ за 24 ч до начала I периода родов посредством деструкции коллагенового каркаса и итогового размягчения) и только потом — сам «экзамен» (укорочение, сглаживание и раскрытие). Созревание шейки имеет **принципиальнейшее значение**, поскольку начало I периода родов без этих изменений невозможно.

Игнорирование природной последовательности в попытке искусственно воссоздать нормальную родовую деятельность обрекает «экзамен» на провал. Пострадают все без исключения — роженица, ребёнок, сам врач и родовспомогательное учреждение. Никакие методы индукции родов не будут эффективными, если ШМ не прошла долгий путь своего превращения⁶¹. **SP**