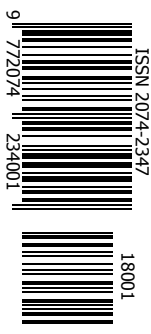


АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#1 [44] 04 / 2018 / StatusPraesens



тема
No

Роды в XXI веке

Репродуктивный потенциал страны — мифы и реальность • Мнение: где виноваты акушеры, а где — неонатологи? • Правовое поле ВРТ: юрист в роли сапёра • Мочевой микробиом существует! • НМЦ: калибруем гормональный «барометр» • Патологический прелиминарный период как отечественная диагностическая специфика • Доношенная брюшная беременность (клинслучай) • Шеечная беременность: сохраняем матку (клинслучай) • Хирургический гемостаз при атоническом кровотечении: что нового?



Дорогие коллеги!

В Чувашской Республике уже более 10 лет идёт реализация **стратегического плана** реструктуризации медицинской помощи. Одним из основных направлений стратегии определено **совершенствование службы** охраны материнства и детства, включающее централизацию акушерских стационаров с организацией межрайонных акушерско-гинекологических отделений и перинатальных центров, усиление материально-технической базы медицинских учреждений, обеспечение доступной помощи жителям региона. В числе безусловных достижений можно отметить организацию службы **мониторинга жизнеугрожающих состояний** беременных, рожениц, родильниц и новорождённых на базе республиканских учреждений III уровня — перинатального центра и многопрофильной детской больницы.

Материнство и детство для нас — приоритетные направления, хотя следует признать, что **демографическая ситуация** в регионе повторяет общероссийские тенденции: пока мы наблюдаем снижение рождаемости — в 2017 году на 14,7% в сравнении с показателями 2016 года. Именно поэтому каждая желанная беременность — величайшая ценность.

Много внимания специалисты региона уделяют **программам преодоления бесплодия**, в том числе с использованием ВРТ. В Чувашии проблемы с зачатием выявляют у 18% супружеских пар. Не секрет, что беременность и роды после ЭКО имеют свои **особенности**: чаще возникают многоплодие и преждевременные роды, в качестве метода родоразрешения нередко применяют кесарево сечение. Бытует мнение, что дети, рождённые после ЭКО, значительно отличаются по состоянию здоровья от своих сверстников. 20 лет наблюдений за такими пациентами (первой девочке в регионе, появившейся на свет в результате ВРТ, в этом году исполнится 23) позволяют нам **опровергнуть данный постулат**. Безусловно, матери, включённые в программу ВРТ, имели солидный «багаж» соматических и гинекологических заболеваний, что впоследствии увеличило риски осложнений гестации. Однако дети, рождённые в результате применения подобных технологий, по состоянию здоровья и уровню дальнейшего развития **не отличались** от ровесников.

Усилия всего медицинского сообщества нужно направить на профилактику бесплодия, пропаганду своевременного деторождения, развитие программ планирования семьи. Работа предстоит большая, но вместе мы справимся. Успеха всем!

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии
медицинского факультета Чувашского
государственного университета им. И.Н. Ульянова,
докт. мед. наук, проф. **А.В. Самойлова**

status

гинекология акушерство

#1 [44]

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

Заместители редакционного директора: Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Быкова

Аппарат ответственного секретаря редакции: Надежда Михайловна Васильева, 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 Быкова, Юлия Бриль, Ольга Раевская, Ирина Ипастова, Татьяна Рябинкина, Мила Мартынова, Олег Лищук, Дарья Андреева, Юлия Якименко, Владислав Раевский, Лия Морозова, Юрий Никулин, Ксения Юркинас

Препресс-директор: Наталья Лёвкина

Выпускающий редактор: Анастасия Валентей

Вёрстка: Юлия Скуточкина, Галина Калинина

Инфографика: Юлия Крестьянинова, Александр Киселёв

Корректоры: Елена Сосегова, Анастасия Валентей, Лена Кулачикова

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

Отдел продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала: ООО «Статус презенс» (105082, Москва, (Спартаквский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, (Спартаквский 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 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 28 апреля 2018 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, (Спартаквский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, д/я 107. Интернет-представительство: 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: Антон Нефёдов, Лина Разгулина. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, Фотобанк Лори, easy Fotostock, ТАСС фото, iStock.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

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

raeSen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радзинский Виктор Евсеевич

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Айламазян Эдуард Карпович (С.-Петербург)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Бахалова Наталья Васильевна (Калининград)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Бурдули Георгий Михайлович (Москва)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Газазян Марина Григорьевна (Курск)
Галина Татьяна Владимировна (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Григорьева Елена Евгеньевна (Барнаул)
Гридчик Александр Леонидович (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Доброхотова Юлия Эдуардовна (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Каминский Вячеслав Владимирович (Киев, Украина)
Карпенко Сергей Николаевич (Брянск)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Милованов Андрей Петрович (Москва)

Новиков Борис Николаевич (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пекарев Олег Григорьевич (Новосибирск)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Подзолкова Наталия Михайловна (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Протопопова Наталья Владимировна (Иркутск)
Рыжков Валерий Владимирович (Ставрополь)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Салов Игорь Аркадьевич (Саратов)
Сахавудинова Индира Венеровна (Уфа)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серов Владимир Николаевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Москва)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Тотчиев Георгий Феликсович (Москва)
Трубникова Лариса Игнатьевна (Ульяновск)
Туманова Валентина Алексеевна (Москва)
Уварова Елена Витальевна (Москва)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Фролова Ольга Григорьевна (Москва)
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Хомасуридзе Арчил Георгиевич (Тбилиси, Грузия)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)
Шварёв Евгений Григорьевич (Астрахань)

statusPra

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

56 и 11 рецептов правильной беременности

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о предотвратимой заболеваемости и смертности при беременности и родах

10

НОВОСТИ

13

МЕДПОЛИТ

К чему близки мы? Что там впереди?

Интервью с главным внештатным специалистом неонатологом Минздрава
России, проф. Дмитрием Олеговичем Ивановым

Иванов А.В.

19

РАБОТА НАД
ОШИБКАМИ

Лучше не становится?

Репродуктивный потенциал России: мифы и реальность на примере
Московской области

Гриджик А.Л.

27

УГОЛОК ЮРИСТА

Родная кровь

Беседа с юристом. Материнство в XXI веке: изменились ли дефиниции?

Иванов А.В.

35

VIA SCIENTIARUM

Красота спасёт мир

Anti-ageing-задача: сохранение «молодости» и здоровья кожи

Юренева С.В., Ильина Л.М.



Печальный факт: акушеры-гинекологи уделяют мало внимания внешним признакам старения женщины, отдавая решение этих вопросов на откуп косметологам. Результаты исследования, проведённого в Великобритании, показали, что 64% пациенток старшего возраста жаловались на тягостные для них изменения внешности, что негативно влияет на социальные взаимосвязи и чувство общего благополучия.

45

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Безальтернативный подход

Улучшение репродуктивных исходов: какими возможностями располагает современный врач?

Радзинский В.Е., Соловьёва А.В., Бриль Ю.А.

52

А он, мятежный, просит бури

Нарушения менструального цикла: почему их нужно лечить?

Соловьёва А.В., Раевская О.А., Ипастова И.Д.

59

ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ

Ближе, чем кажется

Влияние микробиома полости рта на течение беременности. Возможности бережной коррекции дисбиозов

Пашкова Г.С.



Состояние полости рта беременной — вопрос, беспокоящий её акушера-гинеколога далеко не в первую очередь. Однако микробиота ротовой полости способна не только косвенно, но и напрямую влиять на течение гестации и её исходы. К сожалению, именно в этот период жизни пациентки соглашаются на стоматологическое лечение неохотно. Тем не менее беременных следует активно убеждать в необходимости получения эффективной стоматологической помощи.

64

Мочевой микробиом: законность вне сомнений

Мочевой микробиом и бессимптомная бактериурия — здоровье или болезнь? Когда и что лечить?

Ордянец И.М., Бриль Ю.А.

73

РОДЗАЛ

Уравнение со многими неизвестными?

Прелиминарный период: версии и контраверсии

Авдеева В.Б.

83

BACK-UP

Кто был первым?

Оригинальная методика компрессионных гемостатических швов проф. И.Н. Рембеза

Хетагурова Г.С.

Акушерские кровотечения — проблема, существующая столько же, сколько сам человеческий род, и даже сейчас она не становится менее актуальной. Как эффективно помочь пациенткам? Один из простых органосохраняющих способов, который практикуют уже не одно десятилетие, — наложение компрессионных швов на матку. Кто же был первооткрывателем метода? Есть версия, что пальма первенства в этом вопросе принадлежит нашему соотечественнику.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

86

Нить Ариадны

Альтернативные способы остановки акушерских кровотечений

Рымашевский А.Н., Рымашевский М.А.

До недавних пор единственным решением проблемы при атоническом послеродовом кровотечении считали удаление матки, что фактически лишало женщину перспективы материнства. В настоящее время количество таких вмешательств в России снижается, в частности благодаря внедрению органосохраняющих методов лечения: перевязки сосудистых пучков маточной и внутренних подвздошных артерий, наложения компрессионных швов и эластической компрессии. И это правильная тактика: нельзя прибегать к экстирпации матки, пока не исчерпаны все альтернативные возможности консервативного и хирургического этапов.

95

CASUISTICA

Беременность не на месте

Клинический случай доношенной брюшной беременности после разрыва рудиментарного рога матки

Боровков В.А., Шадеева Ю.А., Ершова Е.Г., Таранина Т.С., Аблазова Н.А., Гольцова Н.П.

100

Не снижая бдительности

Шеечная беременность: как избежать кровотечения и сохранить фертильность

Майскова И.Ю.

108

Плод-акардиакус: что это и как быть?

Синдром обратной артериальной перфузии. Аморфный плод.

Клинический случай

Сармулдаева Ш.К., Лежебокова Э.А., Абдикаримова Р.Б., Шарипбаева М.К., Сейсебаева Р.Ж.



С каждым годом клиницисты всё чаще сталкиваются с осложнениями, сопровождающими многоплодную, в частности, монохориальную беременность. Так, в научной литературе растёт частота упоминаний о синдроме фетофетальной трансфузии: по запросу «monochorionic twin-twin transfusion» ресурс pubmed.com выдаёт более 1000 публикаций, датированных 2014–2018 годами. Наиболее тяжёлый его вариант — синдром обратной артериальной перфузии, обусловленный артериоартериальными анастомозами сосудов пуповин плодов, в результате чего в сосудах одного из плодов происходит обратный ток крови.

114

ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

56 и 11 рецептов правильной беременности

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о предотвратимой заболеваемости и смертности при беременности и родах



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

Беременность — не болезнь! Десятилетиями этот постулат то оказывался основополагающим, то **нещадно опровергался** существовавшей действительностью, где были (и есть) отделения патологии беременности, дородовая госпитализация «на всякий случай» и несоразмерно длительное пребывание в стационаре после родов. Перечисленное — далеко не полный список того, что сегодня смело можно назвать акушерской агрессией. В то же время это **повод к переосмыслению** собственных представлений о том, «что такое хорошо и что такое плохо».

В феврале 2018 года эксперты ВОЗ опубликовали свод рекомендаций по оказанию медицинской помощи здоровым беременным и уменьшению числа излишних медицинских вмешательств. Основная линия этого документа делает акцент на понимании, а точнее — на напоминании о том, что **большинство родов протекает физиологично**, а потому не требует дополнительного медикаментозного вмешательства. При этом ежедневно в мире около 830 женщин **умирают вследствие осложнений** беременности и родов, хотя своевременная высококвалифицированная медицинская помощь помогла бы предотвратить столь фатальные последствия. Профессионализм врача как нельзя лучше виден на этой **тонкой грани** между вмешательством и активными действиями.



Новое руководство ВОЗ содержит **56 основных рекомендаций**, базирующихся не только на представлении о том, что все женщины должны рожать в безопасной обстановке, в присутствии высококвалифицированного специалиста и в учреждении соответствующего уровня, но и на принципах **комфортности родов**. Хочется процитировать слова директора Департамента ВОЗ по репродуктивному здоровью Яна Эскью (Ian Askew): «Многие **женщины хотят**, чтобы роды протекали естественно и при рождении ребёнка предпочитают полагаться на свой организм без каких-либо медицинских вмешательств. Даже в случае, когда медицинское вмешательство желаемо или необходимо, для достижения цели по обеспечению позитивного опыта родов при выборе медицинской помощи важно учитывать мнение женщины». Подробно с новым документом можно ознакомиться на **сайте ВОЗ**, однако хочу обратить внимание читателей журнала на ряд ключевых позиций.

- Демедикализация беременности и родов.
- Уменьшение ненужных и потенциально опасных рутинных вмешательств.
- Снижение частоты кесарева сечения.
- Свободное положение женщины в течение всех родов.
- Индивидуальная поддержка (выбор партнёра).

- Обезболивание.
- Привычные критерии эффективности родового процесса 1950-х годов (раскрытие шейки матки на 1 см/ч в активную фазу) **должны быть пересмотрены**. Новый «эталон» — первый период обычно занимает не более 12 ч у первородящих и не более 10 ч у повторнородящих.

Да, цитируемые тезисы — лишь **небольшая часть** нового руководства, но даже беглого взгляда будет достаточно для того, чтобы понять, что современное акушерство постепенно сбрасывает «шелуху» **ненужной агрессии**. И это не может не радовать.



Хочется ещё раз вспомнить знаковые для медицины и общества в целом события прошедшего года и начала текущего. Тем более что многие из них нашли отражение в **публикациях этого выпуска** журнала. И, по мнению редакции, **большая часть статей номера** — **!!** — тоже могут претендовать на звание «рецептов правильной беременности».

Так, в 2018 году в России **стартовало «Десятилетие детства»**. Кому, как не главному внештатному специалисту неонатологу Минздрава России, проф. Д.О. **Иванову**, должны быть адресованы острые вопросы? Например, о том, почему педиатры настаивают на мнении, что примерно треть всех неонатальных смертей обусловлена причинами, связанными с работой акушеров? И можно ли объяснить это разницей в расстановке приоритетов: для неонатолога важнее жизнь ребёнка, а для акушера-гинеколога — матери? Есть ли однозначное мнение о правильности выхаживания глубоко недоношенных детей? Ответы — в интервью.



Ещё один основополагающий документ — Стратегия предупреждения распространения **антимикробной резистентности** в мире и в Российской Федерации до 2030 года (распоряжение Правительства РФ от 25 сентября 2017 года №2045-р). **Лечить или не лечить** бессимптомную бактериурию у беременных? Приказ №572н предписывает необходимость такой терапии, причём с использованием антибиотиков.

Однако, если не предпринимать дополнительных профилактических усилий, достигнутые результаты могут быть утрачены: рецидивы бактериурии и воспаления после уже перенесённых инфекций мочевых путей — отнюдь не редкость.

Или ситуация, не менее редкая в практике врача, — риски **стоматологических заболеваний** у беременных. Известно, что гестационный рост концентраций эстрадиола и прогестерона существенно повышает восприимчивость пациенток к болезням зубов и дёсен. Страх перед посещением стоматолога, слухи и домыслы о вреде «всего и вся» для будущего ребёнка... и получаем очаг «инфекционного неблагополучия» в ротовой полости. А ведь **связь заболеваний пародонта** с преждевременными родами и низкой массой новорождённого можно считать убедительно доказанной: микробиоценозы ротовой полости и половых путей значительно более схожи, чем ранее представлялось.

Как пройти по этому сложному фарватеру без рисков? Варианты решений — на страницах журнала.



Возвращаясь к одному из пунктов ранее процитированных рекомендаций ВОЗ — **призыву к гемедикализации** беременности и родов, — хочется напомнить, в каких случаях лекарственное вмешательство имеет чёткие обоснования. Приказ №572н **обязывает лечить** женщину с угрожающим выкидышем, однако это состояние требует объективного подтверждения. **Привычное невынашивание беременности** предполагает использование специальных программ ведения таких пациенток, начиная с прегравидарного этапа. Сегодня большинство клиницистов при лечении невынашивания небезосновательно возлагают большие надежды на **гестагены**, доказательная база которых тщательно разобрана в статье «Безальтернативный подход».

Ещё одна публикация «на тему» касается **версий и контраверсий прелиминарного периода**. Диагностировав «патологический прелиминарный период», врач, как правило, ощущает потребность что-либо предпринять, помочь роженице. На фоне избыточных назначений и манипуляций предсказуемо возрастает риск осложнений, требующих стимуляции родовой деятельности — с последствиями, носящими безусловно **ятрогенный характер**. В свете последних событий, когда **следственному комитету РФ** дано распоряжение изменить подходы к расследованию так называемых ятрогенных преступлений, врачу приходится коррелировать свои действия не только с опытом, знаниями и клиническими рекомендациями, но и с оглядкой на правовые риски своих манипуляций. Вмешиваться или нет в ход родов? Каким будет решение? Давайте обсуждать!



С началом 2018 года в России предусмотрена реформа **демографической политики**. В числе мер поддержки материнства объявлены дополнительное финансирование и социальные льготы семьям с детьми, масштабная перегрузка системы медицинского обслуживания и самих учреждений. В дополнение к перинатальным центрам, уже **реально снижающим** материнскую и перинатальную смертность в стране, запланировано расширение сети ФАПов, ремонты и дооснащение детских лечебных учреждений. Это планы на будущее. Однако вклад каждого врача на своём рабочем месте, сегодня, ежедневно — бесценен. В медицине как нигде важно умение анализировать, делать выводы, в том числе опираясь на опыт коллег. Именно поэтому в каждом выпуске журнала читатель всегда может найти описание реальных клинических случаев, авторских методик. Здесь их сразу несколько.

Клинический случай доношенной беременности, развивавшейся в руди-

[Новое руководство ВОЗ базируется на представлении о том, что женщины должны рожать в присутствии высококвалифицированного специалиста и в учреждении соответствующего уровня.]

ментарном роге матки и доношенной в брюшной полости, станет напоминанием акушерам-гинекологам о том, что в повседневной рутине чрезвычайно важно вовремя **распознать нестандартную ситуацию**.

Шеечная беременность — состояние редкое, но крайне опасное вследствие высоких рисков кровотечения, а значит, каждый врач должен иметь хотя бы теоретические знания в этой области. Если раньше такие пациентки были обречены на гистерэктомию, то накопленный опыт и знания позволяют современным акушерам-гинекологам использовать **органосохраняющую тактику** и обеспечить надёжный гемостаз, тем самым сохраняя пациентке бесценную возможность реализации репродуктивных планов в дальнейшем.

Ещё одно критическое состояние, с которым может столкнуться клиницист — послеродовое **атоническое кровотечение**. Считают, что впервые компрессионный гемостатический шов описали Б-Линч (B-Lynch С.) и его коллеги в 1997 году. Тем не менее пальма первенства в этом вопросе всё-таки принадлежит нашему соотечественнику. Так, в монографии Ивана Николаевича **Рембеца** «Разрывы матки», изданной ещё в **1971 году** (на 26 лет раньше!), были описаны компрессионные швы по Рембезу. Значение этого изобретения для спасения жизни и здоровья матерей трудно переоценить. И в **продолжение темы** — статья с говорящим названием «Нить Ариадны» с подробным разбором достоинств и недостатков всех существующих **способов акушерского гемостаза**.



Говоря о **репродукции** в целом нельзя обойти стороной тему применения ВРТ. Увы, статистика бесплодия в России пока чрезвычайно тревожна, что сохраняет **востребованность ЭКО** и других вспомогательных технологий на высоком уровне. Однако законодательство отстаёт: отсутствие необходимых норм и многочисленные коллизии ведут к частому нарушению прав граждан, участвующих в программах с использованием ВРТ. В традиционной рубрике «Уголок юриста» в этот раз затронута именно **правовая сторона** столь щепетильного вопроса.

[Законодательство отстаёт: отсутствие необходимых норм и многочисленные коллизии ведут к частому нарушению прав граждан, участвующих в программах с использованием ВРТ.]



© Darren Baker / Shutterstock.com

«Лучше не становится?» — так озаглавлен материал, представляющий собой **экспертный анализ** проблем в сфере охраны репродуктивного потенциала страны, представленный проф. А.Л. **Гридчиком**, много лет возглавлявшим акушерско-гинекологическую службу Московской области. Клиническое осмысление сложностей, поиск решений, развенчание мифов, неизменно сопровождающих работу организаторов здравоохранения и практикующих врачей. Присоединяйтесь к дискуссии.



Расстройства менструации, начиная с подросткового возраста, представляют собой до конца не осознаваемую угрозу репродуктивному здоровью женщин. А поскольку подавляющее большинство этих нарушений связаны с гормональным дисбалансом, то **эндокринная гинекология** становится неотъемлемой **частью знаний каждого** акушера-гинеколога. Чем скорее это будет воспринято нашим профессиональным сообществом, тем меньше ненужных исследований будет назначено пациентке. Эти мысли отражены в статье «А он, мятежный, просит бури».

Одной из целей развития нашего общества, озвученной президентом страны В.В. Путиным в ежегодном послании к Федеральному собранию, должна стать динамично увеличивающаяся **продолжительность жизни** людей. В идеале к концу следующего десятилетия Россия должна войти в число **стран «80+»**. Это означает, что **почти половине жизни** женщина проведёт в постменопаузальном периоде. И все эти годы наши пациентки должны сохранять здоровье, работоспособность, готовность к выполнению миссии бабушек и прабабушек. О задаче акушера-гинеколога в обеспечении **высокого качества жизни** читайте в статье «Красота спасёт мир».



Меняется эпоха, человек в ней и принципы врачевания. Более всего это относится к женщине, призванной реализовать биологические задачи и сложнейшие социальные вызовы. И как всегда врач — на передовой! Профессиональной удачи всем! **SP**

родная кровь

Беседа с юристом. Материнство в XXI веке: изменились ли дефиниции?

Беседовал: Александр Васильевич Иванов,
StatusPraesens (Москва)

Закон Древнего Рима был лаконичен: «Mater est quam gestation demonstrat» («Мать определяется беременностью»). Тот же принцип провозглашает и Семейный кодекс РФ: «Материнство устанавливается на основании документов, подтверждающих рождение ребёнка матерью в медицинской организации, а в случае рождения ребёнка вне медицинской организации — на основании медицинских документов, свидетельских показаний или на основании иных доказательств». Однако всё ли так однозначно? Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) известны гораздо дольше, чем об этом принято думать: ещё два тысячелетия назад те же римляне «сдавали жён внаём» (ventrem locare) супружеским парам, где женщина была бесплодна, и новорождённого считали законным ребёнком этой пары...

Законодательство отстаёт от стремительно развивающейся медицины: отсутствие необходимых норм и многочисленные коллизии ведут к частому нарушению прав граждан, участвующих в программах с использованием ВРТ. Разрешать возникающие конфликтные ситуации приходится, как правило, врачам.

SP Уважаемая Юлия Александровна, известно, что с возрастом женщины результативность ВРТ снижается. Можно ли на этом основании отказать, например, во включении в программу ЭКО?

Юлия Александровна Крохина (Ю.К.): Да, такой вопрос действительно периодически задают, причём даже не представители клиник ВРТ, а сотрудники страховых компаний и территориальных фондов ОМС. Их логика понятна: зачем тратить государственные деньги на медицинское вмешательство, которое с большой вероятностью окажется безуспешным. Тем более что до 2011 года в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» было написано, что правом на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона обладают только «совершеннолетние женщины детородного возраста».

Однако сегодня ситуация совершенно другая: Закон №323-ФЗ* не устанавливает ни «верхнего», ни «нижнего» возрастного предела для пациенток, участвующих в процедуре ЭКО. Более того, поскольку все достигшие 15 лет дают согласие на медицинское вмешательство самостоятельно, право на ЭКО имеют и несовершеннолетние (до 15 лет — нет, поскольку физиологическая незрелость включена в перечень медицинских показаний для прерывания беременности**). В то же время я считаю правильным отказ от упоминания термина «детородный возраст» в контексте возможности применения ВРТ. Фертильность — индивидуальный параметр, а значит, в каждом конкретном случае этот вопрос должен решать репродуктолог. И руководствоваться он должен только возможностью вынашивания и родов у конкретной пациентки: в его компетенцию не входит обсуждение того, сможет ли женщина потом воспитать ребёнка, дать ему образование и т.п.

* Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

** Утверждены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 №736.



Юлия Александровна Крохина, докт. юр. наук, проф., зав. кафедрой правовых дисциплин Высшей школы государственного аудита Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова (Москва)

репродукции (например, с использованием донорского биоматериала). И при всём уважении к стремлению медиков помочь пациентам в любой ситуации практику, при которой врачи **ищут вариант «обойти» приказ** — с помощью консилиума, привлекая юристов и т.д., — **нельзя признать правильной.**

SP Есть ли ограничения для одиноких женщин или для тех, кто не зарегистрировал свой брак? Могут ли претендовать на ВРТ те, кто состоит в браке с другими людьми?

Ю.К.: К сожалению, здесь есть определённая **коллизия**. В статье 55 Закона №323-ФЗ написано, что мужчина и женщина, **как состоящие, так и не состоящие в браке**, имеют право на применение ВРТ при наличии обоюдного информированного добровольного согласия; такое же право имеет и одинокая женщина. А исходя из буквального толкования пункта 4 статьи 51 Семейного

возникает проблема с заполнением графы «Мать» в свидетельстве о рождении.

Тем не менее отказ одиноким мужчине будет противоречить ряду положений **Конституции России**: например, статьи 7, которая декларирует государственную поддержку отцовства, статьи 19, которая закрепляет **равенство прав и свобод независимо от пола**. Напомню, что статья 15 провозглашает, что Конституция РФ имеет высшую юридическую силу, прямое действие и применяется на всей территории России, и никакие законы и иные правовые акты не должны ей противоречить. Поэтому право на применение ВРТ, установленное для одиноких женщин, можно толковать расширительно — **распространяя его и на мужчин**. Кстати, по аналогии: поскольку пункт 3 статьи 51 СК РФ устанавливает возможность записи отца со слов матери, то имя и отчество матери могут быть указаны со слов отца.

Таким образом, **семейное положение** родителей или одного из них никакого **значения для возможности выполнения ВРТ не имеет**. Более того, если СК РФ запрещает браки **между близкими родственниками** — по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородными и неполнородными братьями и сёстрами (имеющими общих отца или мать), — то в отношении ВРТ такого **требования нет**. Думаю, в целях предупреждения негативных последствий — как медицинских, так и правовых, связанных с рождением больного ребёнка, — следует **письменно предупреждать** пациентов о нецелесообразности применения генетического материала близких родственников.

SP Вправе ли женщина настаивать на выборе конкретной клиники ВРТ, участвующей в программе госгарантий?

Ю.К.: ВРТ применяют в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. В 2016 году Минздрав России издал информационно-методическое письмо**, в котором разъяснил **порядок направления** пациентов на ЭКО в рамках базовой программы ОМС. Там сказано, что лечащий врач направляет пакет необходимых документов в **специальную комиссию**, созданную

[Закон №323-ФЗ запрещает выбор пола будущего ребёнка при ВРТ. Исключение — риск наследования заболеваний, сцепленных с полом. Между тем репродуктолог не в курсе гендера эмбриона.]

Есть другой важный нюанс: в Приказе Минздрава России №107н* в перечне показаний к проведению базовой программы ЭКО указано **бесплодие, не поддающееся лечению** в течение 9–12 мес с момента установления диагноза, а также заболевания, при которых наступление беременности невозможно без использования ЭКО. Рекомендуемая длительность обследования составляет 3–6 мес. Таким образом, в России ЭКО допустимо при условии неподдающегося терапии бесплодия партнёров (одного или обоих) или при **опасности беременности и родов** для здоровья матери или ребёнка. Если женщина способна к естественному деторождению, методику применять не следует.

Однако в жизни **бывает и по-другому**: в клиники обращаются те, у кого формально бесплодия нет, но они по каким-то обстоятельствам хотели бы воспользоваться методами искусственной

кодекса РФ (СК РФ), **одиноким претендовать на ВРТ вообще не могут**. Какому закону следует отдать предпочтение, если учесть, что и тот, и другой — федеральные нормативные акты?

С точки зрения юриспруденции **приоритет имеет Закон №323-ФЗ**, поскольку он «специальный», т.е. посвящён исключительно охране здоровья граждан. Да и принят он значительно позже СК РФ. Следовательно, участие **одинокой женщины** в программе ВРТ точно **не противозаконно**. И если органы ЗАГС отказывают ей в регистрации такого ребёнка, то любой суд обяжет их это сделать.

А вот с **одинокими мужчинами** дело обстоит сложнее: прямого разрешения на их участие в программе ВРТ законодательство не содержит. Как следствие, при регистрации новорождённого им приходится сталкиваться с **трудностями чисто правового характера**: например,

региональным органом управления здравоохранением, формирует лист ожидания, контролирует соблюдение очередности и предоставляет женщине **перечень со-ответствующих медицинских организаций**, участвующих в реализации программы ОМС. Получается, пациентка вправе выбрать клинику только из этого перечня, когда подойдёт её очередь.

SP Может ли врач сообщать паре пол будущего ребёнка, а при использовании донорских гамет — национальность и фенотипические особенности донора?

Ю.К.: По общему правилу, закон №323-ФЗ **запрещает выбор пола** будущего ребёнка; единственное исключение — риск наследования заболеваний, связанных с полом. Нужно понимать, что ВРТ — **метод лечения бесплодия**, а не способ решения других проблем, например, таких, как соблюдение национальных традиций, стимулирующих рождение мальчиков.

Необходимо уточнить, на кого распространяется этот запрет — на родителей или на врача, который не должен раскрывать им половую принадлежность эмбрионов. В законодательстве практически всех зарубежных государств это касается **как родителей, так и репродуктолога**. Кстати, последний и не должен знать о гендерной принадлежности эмбриона — в заключении генетика данный показатель не указывают. В России эта норма касается всех, кто участвует в процедуре ЭКО.

Что же касается национальности и внешности донора (рост, цвет волос, глаз, форма лица, носа и т.д.), то при его подборе, безусловно, следует **учитывать пожелания пары**, которые нужно зафиксировать в медицинской документации. В то же время необходимо письменно проинформировать женщину и мужчину, что врач **не несёт ответственности** в случае, если это описание не совпадёт с чертами ребёнка. Также следует отдельно обсудить с родителями, что в соответствии с законодательством от новорождённого **нельзя отказаться** из-за того, что он об-

* Приказ Минздрава России от 30.08.2012 №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

** Письмо Минздрава России от 29.03.2016 №15-Ч/0/2-1895.





[Согласно законодательству, отказаться от ребёнка, рождённого с помощью ВРТ, из-за ярко выраженных фенотипических признаков, отличающихся от внешности родителей, нельзя.]

ладает ярко выраженными фенотипическими признаками, отличающимися от их внешности.

Должен ли врач **проверять те сведения**, которые представляет о себе донор, за исключением данных медицинского и генетического обследования? С одной стороны, согласно части 8 статьи 55 Закона №323-ФЗ, при использовании донорских гамет и эмбрионов граждане имеют право на получение информации о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его **расе и национальности**, а также о **внешних данных**. С другой стороны, если он пожелает оставаться **анонимным**, то это условие придётся соблюдать — оно оговаривается в договоре и за его нарушение возможно наступление юридической ответственности. Получается, что сегодня российские клиники не обязаны проверять то, что им сообщил донор, на-

пример, об уровне своего образования, IQ или увлечениях.

SP Может ли мужчина запретить использовать свой биоматериал или эмбрион, если пара решила развестись?

Ю.К.: Об этом сказано в пункте 3 статьи 52 СК РФ: мужчина, давший в порядке, установленном законом, письменное согласие на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, **не вправе ссылаться на перечисленные обстоятельства** при оспаривании отцовства. Однако вряд ли нужно понимать это буквально — в том смысле, что супруг, давший такое согласие, никогда не может оспаривать юридическую значимость высказанного им волеизъявления и, соответственно, своё отцовство. Очевидно, что **«порядок, установленный законом»**, должен в пол-

ной мере соответствовать общим положениям российского законодательства, нормам семейного и гражданского права.

В частности, мужчина должен **понимать значение своих действий** и быть в состоянии руководить ими — это статья 177 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ). Он должен быть **осведомлён о последствиях** своего согласия на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона и не должен действовать **под влиянием существенного заблуждения** — статья 178. Он не должен быть под влиянием **обмана**, угрозы или насилия (ст. 179 ГК РФ), а его воля должна быть доведена до сведения супруги и медицинской организации в установленной законом письменной форме — пункт 3 статьи 52 СК РФ.

Стоит обратить внимание, что эти требования содержатся в Гражданском кодексе РФ и относятся к общим **условиям действительности сделки**. Очевидно, что подавляющее большинство пациентов о них не осведомлены — в результате нередки ситуации, когда мужчины оспаривают действие ранее данного согласия (как правило, на участие в переносе эмбрионов в криопотоколах). В такой ситуации трудно переоценить **роль квалифицированного юриста** при подготовке договора...

SP Несёт ли клиника или врач ответственность за то, что эмбрион стал непригоден для последующей имплантации?

Ю.К.: Для этого нужен ответ на вопрос о **статусе эмбриона**, находящегося в пробирке и не имплантированного в матку женщины. Сегодня этот вопрос **нельзя считать урегулированным** в рамках отечественного законодательства.

С позиций ГК РФ **объекты трансплантации** должны быть признаны **вещами** особого рода, в отношении которых у лиц, сдававших биоматериал, возникает **право собственности**. Донор реализует его, передавая, например, гаметы для целей, указанных в договоре. Однако всё становится гораздо сложнее, когда речь идёт об эмбрионе, уже созданном в результате ЭКО, но ещё не перенесённом в организм женщины. Согласно российскому законодательству, **эмбрион не обладает статусом вещи**, на него не распространяется право собственности и **ответственность за причинение вреда имуществу**.

Закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека»* относит эмбрионы к **частям тела**, однако из текста документа не ясно, относится ли это к эмбрионам, временно находящимся в лаборатории. Представляется, что нет, это особые объекты донорства, поскольку они содержат в себе генетический материал двух людей. Вместе с тем это ещё **не человек**, у него нет правоспособности, которая возникает в момент рождения (ст. 17 ГК РФ). Даже плод расценивается не как живое человеческое существо, имеющее право на юридическую защиту, а как система клеток, тканей или органов, составляющих часть материнского организма, защита которых всецело зависит от воли женщины.

Получается, в отношении эмбриона **юридической определённости нет**. В такой ситуации ответственность клиники должна быть прописана **в грамотно составленном договоре** на оказание медицинских и биологических (генетических) услуг.

СП Вправе ли клиника уничтожить эмбрионы, если пациентка не продлит договор на их хранение?

Ю.К.: Это тоже надо **включать в договор** — условия и сроки хранения гамет или эмбриона, **порядок их использования** или уничтожения в случае развода пары, смерти или признания недееспособным одного из супругов, порядок использования невостребованных половых клеток или эмбриона.

К сожалению, Россия не ратифицировала Конвенцию о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины, запрещающую создание эмбрионов человека **в исследовательских целях**. У нас установлен запрет только на использование эмбрионов в промышленных целях, то есть их применение, например, в научно-исследовательских и терапевтических целях допускается. Зато в России **не разрешается усыновление эмбрионов** — СК РФ позволяет усыновлять только родившегося ребёнка...

СП Каков порядок действий врачей в роддоме, если родильница, забеременевшая в результате ВРТ, отказывается от ребёнка?

[Граждане имеют право знать о внешних данных донора, его расе и национальности, результатах медицинского и генетического обследования. Однако российские клиники не обязаны перепроверять информацию.]

Ю.К.: Здесь **никаких специальных условий нет** — всё точно так же, как и при любом отказе от ребёнка. Согласно статьям 69 и 71 СК РФ, при отказе взять своего ребёнка из родильного дома без уважительных причин мать и отец могут быть **лишены родительских прав** с сохранением **обязанности по его содержанию**.

Ещё раз напомним, что рождение ребёнка, зачатого в результате ВРТ, с фенотипическими признаками, отличными от тех, которые заявляли родители в анкете (или донор указал о себе), не может быть уважительной причиной для отказа. Такими причинами нельзя считать и рождение ребёнка **не под тем знаком зодиака**, не в том географическом месте, хотя такие пункты иногда есть в договорах на суррогатное материнство. С точки зрения закона эти условия ничтожны и **не могут повлечь никаких правовых последствий**.

СП Как следует поступать медорганизации, если суррогатная мать отказывается передавать ребёнка биологическим родителям?

Ю.К.: Пункт 4 статьи 51 СК РФ устанавливает, что лица, состоящие в браке между собой и давшие согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть **записаны родителями ребёнка** только с согласия родильницы. Более того, при оспаривании материнства и отцовства после записи родителей в органах ЗАГС они не вправе ссылаться на факты, связанные с оказанием услуг суррогатного материнства.

При **государственной регистрации** рождения ребёнка по заявлению супругов, которые заключили договор на имплантацию эмбриона иной женщине в целях его вынашивания, должен быть представлен документ о **согласии суррогатной матери** на то, чтобы их указали в качестве родителей**. Оно должно быть **удостоверено руководителем медицинского учреждения**, которое выдаёт справку обычного образца о рождении.

Если же суррогатная мать **хочет оставить новорождённого у себя**, то на основании справки медицинского учреждения органы ЗАГС записывают её матерью, а **её мужа «автоматически» признают отцом**. И генетические родители **не могут оспорить** родительские права, ссылаясь на то, что эта женщина только выносила и родила ребёнка по договору с ними.

Правда, генетический отец вправе потребовать проведения **анализа ДНК** и при положительном результате официального указания его в качестве отца. Однако **у этой медали есть две стороны**. У суррогатной матери тоже есть право требовать признания отцовства мужчины, предоставившего свой генетический материал, и **взыскания с него алиментов** на содержание ребёнка, даже если она сама состоит в браке.

Бесспорно, что в этом случае мужчина — биологический отец, как и хотел (его воля была направлена на рождение именно этого ребёнка). Однако нетрудно понять, что он желал родительства при одном условии — **если матерью будет его супруга**. В противном случае более **трагическую ситуацию** сложно представить: человек имеет право считаться отцом ребёнка, чьей матерью *de jure* становится родившая женщина, с которой этот мужчина не имел половой связи и которую, возможно, **никогда не видел...**

Приходится констатировать, что в настоящее время российское законодательство по ВРТ содержит **большое количество правовых пробелов**, которые, безусловно, нужно устранять, чем быстрее, тем лучше.

СП Спасибо вам большое! **СП**

* Закон РФ от 22.12.1992 №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

** Федеральный закон от 15.11.1997 №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния».



а он, мятежный, просит бури

Нарушения менструального цикла: почему их нужно корректировать?



Авторы: Алина Викторовна **Соловьёва**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН; Ольга Анатольевна **Раевская**, канд. мед. наук, ассистент той же кафедры; Ирина Дмитриевна **Ипастова**, канд. биол. наук, StatusPraesens (Москва)

На открытии X Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»* главный редактор нашего журнала, проф. Виктор Евсеевич Радзинский, говоря об основных направлениях службы родовспоможения в 2018 году, отметил, что нарушения менструального цикла (НМЦ) — одна из тех клинических задач, к которой практикующие врачи по-прежнему относятся **недостаточно серьёзно**. А между тем распространённость этого нарушения чрезвычайно высока и продолжает расти. Так, по данным статистики, частота расстройств менструаций за последние 26 лет (с 1990 по 2016 год) возросла **в 11 раз!**¹

И это лишь полбеды, поскольку вместе с тем возрастает и **груз неблагоприятных последствий**. Доказано, что НМЦ не только грозят в будущем проблемами с зачатием и вынашиванием, но и служат факторами риска **множества патологических процессов** в организме. А это значит, что корректировать НМЦ нужно в обязательном порядке, иначе **остаётся одно — ждать бури**.

* Состоялся в Сочи 9–12 сентября 2017 года.

С точки зрения гинеколога, наиболее очевидные последствия расстройств менструации — сложности с реализацией репродуктивной функции, нерегулярный цикл и снижение качества жизни, обусловленное предменструальным синдромом (ПМС), непривычным профилем кровотечений, дисменореей и др. В то же время всё перечисленное — лишь небольшая часть проблем, ассоциированных с НМЦ, всего лишь тучи на горизонте, предвещающие в будущем (не только в отдалённом!) мощные штормы.

В настоящее время есть веские основания полагать, что в отсутствие лечения НМЦ могут быть связаны на протяжении жизни со следующими состояниями.

- Усиленной потерей костной массы, что может грозить возникновением остеопороза и переломов.
- Метаболическими нарушениями.
- Сердечно-сосудистыми расстройствами вплоть до сосудистых катастроф.
- Доброкачественными и злокачественными новообразованиями.
- Ухудшением когнитивных возможностей, склонностью к нейродегенеративным болезням, например к болезни Альцгеймера.

Так можно ли относиться к НМЦ как к досадному дискомфорту в жизни женщины? Безусловно, нет. Поскольку в основе — всегда гормональные нарушения, страдать будет **весь** организм.

Дисбаланс гормонов: danger!

Чёткий ритм менструаций — прекрасный **индикатор** нормального состояния организма, свидетельствующий о слаженном функционировании целого ряда структур: лимбической системы, гипоталамуса, гипофиза, яичников, матки. При НМЦ независимо от того, на каком уровне произошёл сбой, нарушается взаимодействие этих структур с итоговым **дисбалансом половых гормонов**.

Ключевой момент состоит в том, что рецепторы к андрогенам, эстрогенам и прогестерону расположены не только в репродуктивной системе, но и **за её пределами** (в костной, нервной, сердечно-сосудистой системах). Имен-

но поэтому дисбаланс яичниковых гормонов может провоцировать множество патологических процессов **во всём организме**, а НМЦ служат лишь маркёром зарождающегося неблагополучия.

У конкретной пациентки возможен один из нескольких вариантов гормонального профиля при НМЦ (от чего зависит характер патологических реакций):

- дефицит эстрогенов;
- избыток эстрогенов;
- недостаток прогестерона;
- повышение уровня андрогенов.

Дефицит эстрогенов

Гипоэстрогенизм и связанные с ним состояния могут возникать при воздействии стрессовых факторов:

- сильных эмоциональных переживаний;
- избыточной физической нагрузки;
- резкой потери или прибавки массы тела.

Причинами недостаточной выработки эстрогенов могут быть также гиперпролактинемия и преждевременная недостаточность яичников.

Общий патогенетический механизм расстройств менструации при гипоэстрогенизме — недостаточная пролиферация функционального слоя эндометрия. Это проявляется нарушением ритма менструаций или **аменореей**, ведёт к **невозможности зачатия** (в том числе из-за неподготовленного к имплантации эндометрия). Однако этим трудности не ограничиваются: дефицит эстрогенов провоцирует различные патологические изменения и в других тканях-мишенях, а не только сбой менструации.

Наиболее частое следствие длительного гипоэстрогенизма — **повышенный риск потери костной массы**^{2,3}. К настоящему времени во многих исследованиях продемонстрировано, что спортсменки с длительной аменореей, а также пациентки с преждевременной овариальной недостаточностью и гиперпролактинемией имеют более низкую плотность костной ткани и высокую частоту **переломов**⁴⁻⁷. Это связано с тем, что эстрогены **замедляют скорость ремоделирования кости**, поддерживая баланс между резорбцией и образованием остеоидов за счёт регулирования численности популяции остеокластов

и остеобластов. В частности, эти гормоны оказывают проапоптотическое действие на остеокласты (которые обеспечивают резорбцию минерализованной матрицы) и антиапоптотическое — на остеобласты (которые ответственны за образование новой матрицы и её минерализацию). Вот почему при эстрогендефицитном состоянии интенсивность резорбции повышается, а образования кости — снижается³.

Кроме того, гипоэстрогенизм связан с **«расшатыванием психики»** и ухудшением **когнитивной функции**^{6,8}. Так, например, в ряде исследований доказано, что женщины с гипоталамической аменореей по сравнению со сверстницами с нормальным менструальным циклом гораздо чаще подвержены **депрессии и тревоге**, более склонны к перфекционизму, излишне озабочены по поводу мнения других людей о себе, хуже справляются со стрессом⁶.

У пациенток с преждевременной или ранней менопаузой отмечают сниженные познавательные способности, более высокий риск болезни Альцгеймера⁹. И это неудивительно, поскольку эстрогены регулируют синаптическую пластичность и нейрогенез, управляя такими нейробиологическими процессами, как познание, стресс, боль, беспокойство, депрессия, агрессия, пищевое и сексуальное поведение⁸.

Доказано, что дефицит эстрогенов также может вносить вклад в развитие **сердечно-сосудистых заболеваний**^{6,10}. Например, есть данные, что женщины с первичной овариальной недостаточностью по сравнению со своими сверстницами с нормальным менструальным циклом имеют утолщённую интиму артерий, что может служить маркёром субклинического атеросклероза⁹. У молодых женщин с нерегулярным менструальным циклом выявлен повышенный риск кардиоваскулярных заболеваний в отдалённом будущем⁶.

Всё это исследователи связывают именно с гипоэстрогенизмом, поскольку есть данные, что женские половые гормоны усиливают ангиогенез, обладают вазодилатирующими свойствами, снижают окислительный стресс, уменьшают фиброз — одним словом, оказывают яркое **кардиопротекторное действие**¹⁰, чего лишены пациентки с НМЦ.

НМЦ от алиментарных причин?

Начало XXI века — поистине **прорывной** период развития медицинской науки, значение которого нам, его современникам, только **предстоит осознать**. Благодаря колоссальному технологическому рывку человечество в том числе научилось очень быстро обрабатывать гигантские массивы данных, в частности, анализировать внутри- и межклеточные процессы на уровне одного гена и **одной молекулы**.

Одно из веществ, привлекающее внимание врачей разных специальностей, главным образом **кардиологов** и **акушеров-гинекологов**, — гомоцистеин, незаменимая аминокислота, которая **избыточно накапливается** в организме при алиментарном дефиците витамина B₉ и/или недостаточности фолатного цикла вследствие генетического полиморфизма генов, кодирующих синтез ферментов, необходимых для биологической «маршрутизации» фолиевой кислоты. Во всех этих случаях гомоцистеин скапливается как неиспользованный промежуточный субстрат.

Клинически гипергомоцистеинемия ассоциирована с различными патологическими процессами, что важно учитывать в работе практикующего акушера-гинеколога.

- Растёт опасность эндотелиальной дисфункции, приводящей к атеросклеротическим изменениям сосудистой стенки, **инфарктам, инсультам**. Риск особенно выражен при наличии гиперандрогенизма.
- Вероятность СПКЯ при условии гипергомоцистеинемии возрастает в 2 раза.
- Риск **спорадической ановуляции** на фоне избытка гомоцистеина увеличивается **на 33%**¹¹.
- Избыток гомоцистеина доказанно связан с нарушением синтеза нейромедиаторов и, как следствие, с повышением вероятности депрессии¹².

Таким образом, фолатдефицитный статус через гипергомоцистеинемия может не только негативно сказаться на риске ДНТ у потомства, но и отразиться на фертильности, а также на **ритме менструального цикла**, состоянии сосудов, деятельности ЦНС. Иными словами, пациентка с НМЦ находится в группе риска по недостатку фолатов (который может иметь и некоторое самостоятельное патогенетическое значение), — следовательно, в программах преодоления НМЦ было бы желательно предусмотреть коррекцию фолатного статуса.

Достаточное поступление фолатов с пищей не всегда возможно, что может быть связано, с одной стороны, с неполноценностью рациона, а с другой — с неспособностью организма усваивать фолаты из продуктов питания вследствие генетических поломок, главным образом дефектного гена **МТГФР** (метилентетрагидрофолатредуктазы), фермента, необходимого для перевода неактивной формы фолиевой кислоты в **биологически активный** фолат (распространённость полиморфизма гена в популяции колеблется от 25 до 70%)¹³. Именно по этой причине коррекцию фолатного статуса лучше проводить посредством активированного фолата — левомефолата. Он содержится в некоторых поливитаминно-минеральных комплексах для беременных, а также, что действительно удобно применительно к НМЦ, в двух КОК — «Ярина Плюс» и «Джес Плюс».

Избыток эстрогенов

С несколько иным профилем осложнений связан **избыток эстрогенов**, следствием и клиническим проявлением которого будут обильные маточные кровотечения.

В условиях чрезмерного количества эстрогенов интенсивно пролиферирует функциональный слой эндометрия — и неминуемо возникают сложности с его кровоснабжением. Результатом становятся некроз слизистой оболочки и её отторжение, что манифестирует **обильным кровотечением**, грозящим развитием **анемии**. Получены данные, что это осложнение регистрируют более чем у 25% женщин с меноррагией¹⁴.

Кроме того, эстрадиол, как самый мощный из эстрогенов, может стимулировать **пролиферативные процессы** в тканях-мишенях, из-за чего повышается риск гиперпластических заболеваний (в том числе злокачественных). Считают, что на фоне интенсивной репликации ДНК возрастает риск генетических мутаций — в результате избыточной эстрогенной стимуляции пул клеток с аномалиями ДНК продолжает увеличиваться, что может дать толчок **канцерогенезу**. Ещё один механизм развития опухолей при избытке эстрогенов связывают с продуктами метаболизма этих гормонов, которые, как недавно выяснилось, обладают генотоксическим эффектом (могут повреждать ДНК)¹⁵.

Как показывают результаты исследований, гиперпластические процессы действительно довольно распространены у женщин с обильными маточными кровотечениями: по результатам гистероскопии эндометриоз диагностируют в среднем у 40% таких пациенток, миому матки — у 20–24%, полипы эндометрия — у 13–20%, гиперплазию эндометрия или карциному — у 1–15%^{16–20}.

Снижение уровня прогестерона

Очень **длительные, но скудные кровотечения**, в отличие от обильных, связаны обычно с **дефицитом прогестерона**. Из-за снижения продукции этого гормона вследствие ановуляции или недостаточности лютеиновой фазы (за синтез стероида отвечает жёлтое тело) в функциональном слое эндометрия, который растёт под влиянием эстрогенов, не происходит полноценной секреторной трансформации. В результате дегенеративных изменений слизистая оболочка матки постепенно отторгается, что становится патогенетической основой **длительных, но необильных кровотечений**²¹.

Дефицитом прогестерона, кроме НМЦ, могут быть обусловлены **бесплодие и невынашивание** беременности. Получены данные, что у женщин с двумя последовательными выкидышами в I триместре без аномалий матки в отсутствие антифосфолипидных антител и других причин невынашивания в 24% наблюдений имеет место недостаточность лютеиновой фазы²². Именно поэтому прогестероновая поддержка — принципиально важное условие подготовки организма к гестации и её нормального течения: гормон обеспечивает секреторные преобразования эндометрия (что необходимо для имплантации), модулирует иммунный ответ женского организма (чтобы тот «принял» наполовину генетически чужеродный плод), оказывает расслабляющее действие на матку и др.

Однако это ещё не всё. При нормальном уровне эстрогенов, но в условиях дефицита прогестерона развивается **относительный гиперэстрогенизм**, что клинически будет заметно опять же только по развитию НМЦ. Данное состояние, по всей видимости, может быть ассоциировано с теми же рисками, которые характерны для избыточных эстрогенных влияний.

Чем опасен избыток андрогенов?

Ещё одна группа менструальных нарушений связана с **избытком андрогенов**, возникающим, например, при СПКЯ или врождённой дисфункции коры надпочечников.

Гиперандрогения, как известно, оказывает крайне неблагоприятное влияние на состояние кожи, волос, провоцирует гипертрихоз и гирсутизм, что вызывает психологический дискомфорт. Пациентки, особенно молодые, нередко переживают из-за внешнего вида гораздо больше, чем из-за НМЦ. Однако из всего спектра причин расстройств менструации именно гиперандрогенизм несёт в себе наиболее грозные риски для всего организма.

Универсальным механизмом патогенеза служит чрезмерный синтез андрогенов в фолликулах яичников. Эти гормоны поступают в кровь, становясь источником мощного внегонадного синтеза **эстрогенов** (например, в жировой ткани). Орга-

низм оказывается во власти **чрезмерных эстрогеновых влияний**, которые могут провоцировать риск различных патологических процессов или усугублять уже имеющиеся нарушения.

В частности, эстрогены инициируют интенсивную пролиферацию адипоцитов, что составляет основу будущего **ожирения**. Высокая интенсивность функционирования жировой ткани провоцирует нарушения липидного обмена, что увеличивает риск **атерогенных заболеваний**. На фоне гипертрофии жировой ткани, повышения внегонадного синтеза эстрогенов циркулирующие свободные андрогены блокируют рецепторы инсулина — всё это способствует формированию инсулинорезистентности или её усугублению. При ухудшении восприятия инсулина его секреция усиливается, что провоцирует гиперинсулинемию и **сахарный диабет 2-го типа**. Любопытно заметить, что эти процессы не обязательно протекают в строго определённой последовательности: первичным может быть любой из них. Однако всё это происходит на фоне тех же НМЦ, к которым врачи привыкли относиться без глубокого интереса. Таким образом, избыток андрогенов, помимо НМЦ, ассоциирован с метаболическими и сердечно-сосудистыми рисками.

Кроме того, есть основания полагать, что из-за не уравновешенных прогестероном эстрогеновых влияний женщины с избытком андрогенов могут быть более склонны к развитию гормоноассоциированных пролиферативных процессов (эстрадиол обладает мутагенным действием на клетки-мише-

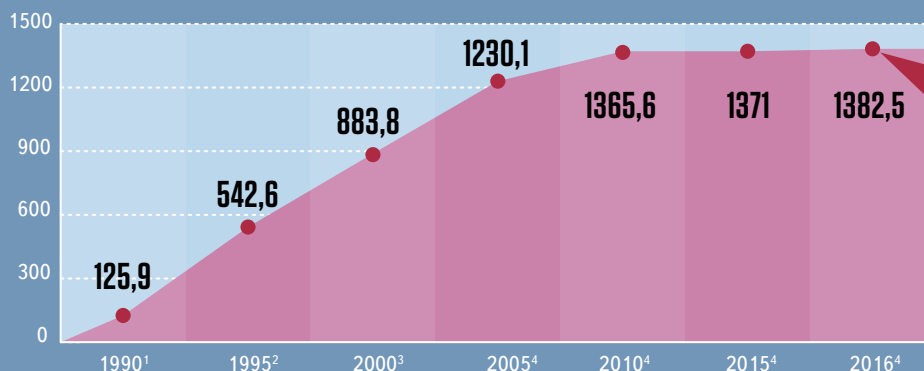


© Irabell / Shutterstock.com

[При нормальном уровне эстрогенов на фоне дефицита прогестерона развивается относительный гиперэстрогенизм. Последний может быть ассоциирован с теми же рисками, которые характерны для избыточных эстрогенных влияний.]

НМЦ: НУЖНО ЕЩЁ ВНИМАТЕЛЬНЕЕ!

РАССТРОЙСТВА МЕНСТРУАЦИИ: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 26 ЛЕТ



За 26 лет заболеваемость расстройствами менструаций возросла в 11 раз!

В 2016 году этот диагноз впервые установлен 537 000 пациенток

Вывод: В нашей стране расстройства менструации регистрируют всё чаще. В числе причин — возросшее **внимание** к этим состояниям со стороны врачей, их готовность указывать конкретные расстройства менструации в качестве диагноза (что от радно!) и одновременно **реальный рост заболеваемости**. Однако важно помнить, что НМЦ — не самостоятельная нозологическая форма, а лишь отправная точка дифференциальной диагностики. Причины **должны быть установлены**, а лечение — назначено!

¹ Статистический сборник «Здравоохранение в России — 2007».
² Статистический сборник «Здравоохранение в России — 2009».

³ Статистический сборник «Здравоохранение в России — 2013».
⁴ Статистический сборник «Здравоохранение в России — 2017».

ни)¹⁵. Впрочем, в систематическом обзоре 2016 года «СПКЯ и риск рака эндометрия, яичников и молочной железы» авторы указали, что для окончательных выводов необходимы дальнейшие качественные исследования²³.

Менструально-ассоциированные симптомы

Несмотря на очевидность рисков для здоровья, многие женщины предпочли бы иметь скудные менструации или не иметь их вовсе. Этот парадокс легко объяснить: многие заболевания и патологические состояния могут возникать или обостряться в связи с менструацией:

- предменструальный синдром;
- дисменорея;
- мигрень;
- хроническая тазовая боль;
- эндометриоз;
- эпилепсия.

Предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР) связано с 7-кратным **риском нервной булимии**, ПМС — более чем с 2-кратным ($n=8694$, 2016, США)²⁴.

Молодые пациентки с ПМДР имеют более высокие баллы по шкале невротизации, а также значительно повышенный риск **большого депрессивного расстройства*** — в 17 раз, дистимии и панического расстройства — в 4 раза, генерализованного тревожного расстройства — в 1,2 раза ($n=410$, 2008)²⁵.

Предполагают, что пусковым механизмом ПМС, ПМДР и ассоциированных с ними состояний выступают именно **колебания уровней половых гормонов** (эстрадиола и прогестерона), которые влекут за собой резкие изменения активности нейромедиаторов в ЦНС. Так, например, известно, что метаболит прогестерона аллопрегнанола стимулирует синтез γ -аминомасляной кислоты (ГАМК): в лютеиновую фазу в головном мозге концентрация аллопрегнанолонa относительно высока, а в фолликулярную фазу перед менструацией — стремитель-

но падает, в результате чего резко снижается стимуляция рецепторов ГАМК. Это накладывает отпечаток на **качество** выполняемой ГАМК «работы», такой как торможение нервных импульсов и активация энергетических процессов в головном мозге. Вероятно, что именно этим можно объяснить беспокойство, раздражительность и перепады настроения при ПМС.

Установлено также, что одним из элементов патогенеза предменструальной симптоматики служит дисфункция ренин-ангиотензиновой системы, что может быть обусловлено всё тем же резким колебанием половых стероидов. Последняя представляет собой систему ферментов и гормонов, регулирующих электролитный, водный баланс и артериальное давление. Вот почему неудивительно, что для женщин с ПМС типичны такие симптомы, как отёчность

* Комплекс симптомов: плохое настроение, бессонница, сонливость, слабость, чувство вины и самоуничижение, возбуждение или заторможенность, нарушенный аппетит, повышенная или пониженная масса тела.

тканей, масталгия и повышение артериального давления.

Таким образом, расстройства менструации опасны не только тем, что снижают возможность реализации репродуктивной функции, но ещё и тем, что могут закладывать фундамент для серьёзных проблем со здоровьем в будущем, предвещая **штормы и жизненные бури** (переломы, инфаркты, инсульты, болезнь Альцгеймера и многое другое). Именно поэтому НМЦ нужно обязательно корректировать **в любом возрасте**.

Курс на регуляцию

Цель терапии зависит от репродуктивных планов женщины и основного диагноза, лежащего в основе расстройств менструации. Если **она не планирует в ближайшее время беременность**, уравнивать эстроген-прогестероновые влияния можно с помощью комбинированных оральных контрацептивов (КОК) — и во многих ситуациях с НМЦ (хотя и не во всех) это будет **универсальным** решением. Выбор конкретного препарата осуществляют, исходя из ведущих клинических симптомов и жалоб самой пациентки. В какой ситуации предпочтительнее тот или иной КОК? И существует ли **универсальный** препарат?

Врач, оценивая состав контрацептива, обращает внимание на свойства действующих веществ и их дозировки. Выбрать КОК, основываясь на эстрогенном компоненте, достаточно легко — большинство гормональных контрацептивов содержат этинилэстрадиол, — разница в его количестве. Низкодозированные КОК (30 мкг этинилэстрадиола) обеспечивают **лучший контроль** менструального цикла. При их приёме реже наблюдают кровотечения прорыва или кровомазание, особенно у женщин репродуктивного возраста. При лечении юных или, напротив, возрастных пациенток предпочтительнее микродозированные КОК (20 мкг этинилэстрадиола).

А вот возможности выбора гестагенного компонента гораздо шире. Так, пациенткам с клиническими признаками гиперандрогенизма оптимальны КОК с прогестином, оказывающим **антиандрогенное** действие. Комбинация этинилэстрадиола и **дрогспиренона** позволяет восстановить предсказуемый профиль

[Одним из элементов патогенеза предменструальной симптоматики служит дисфункция ренин-ангиотензиновой системы, что может быть обусловлено всё тем же резким колебанием половых стероидов.]

кровотечений (в этом плане эффективнее КОК с более высоким содержанием эстрогенного компонента, например «Ярина»), снизить уровень андрогенов и уменьшить клинические проявления гиперандрогенизма^{26–31}.

При ПМС, масталгии предпочтительнее КОК с дополнительным антиминералокортикоидным эффектом, которым также обладает дроспиренон³². Стоит отметить, что лечение ПМС входит в число показаний, согласно инструкции к препарату «Джес» и «Джес Плюс» (20 мкг этинилэстрадиола, 3 мг дроспиренона). Именно поэтому акушеру-гинекологу, стремящемуся избежать юридической ответственности за назначение препаратов off-label, стоит обратить внимание на этот препарат, хотя, как уже было сказано, в коррекции НМЦ удобнее не микро-, а низкодозированные КОК.

Дополнительным преимуществом гормональной **контрацепции у женщин с НМЦ** служит улучшение психических функций, что было продемонстрировано в Кокрейновском систематическом обзоре 2012 года «Оральные контрацептивы, содержащие дроспиренон, при предменструальных симптомах»³³. Установлено, что у женщин с ПМДР, принимавших КОК с 20 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона в течение 3 мес, значительно сокращалась симптоматика и повышалась работоспособность, социальная активность и улучшались взаимоотношения с людьми (в сравнении с группой плацебо). Заключение авторов: КОК с этинилэстрадиолом и дроспиреноном помогает в коррекции ПМДР.

Один из важных этапов развития оральной контрацепции в мире — обогащение их левомефолатом, биологически активной формой фолиевой кислоты (например, препараты «Ярина Плюс», «Джес Плюс»). Этот дополнительный компонент важен в программах **прегравидарной подготовки**: если женщина забеременеет сразу после прекращения кон-

трацепции, это позволяет снизить риск дефекта нервной трубки плода, обусловленного дефицитом фолатов. Полагают также, что фолаты, ускоряя превращение гомоцистеина в аминокислоту метионин, **сами по себе** благоприятствуют нормализации менструального цикла и сокращению кардиометаболических рисков, что особенно важно при гиперандрогенных состояниях. Кроме того, получены данные, что более высокое соотношение фолатов к гомоцистеину **снижало риск ановуляции** на 10%, тогда как увеличение концентрации последнего было ассоциировано с повышением риска спорадической ановуляции на 33%¹¹.

Таким образом, отвечая на вопрос об универсальном КОК для коррекции НМЦ, важны два вывода. Первый — лечение следует назначать **только** после установления причины НМЦ. Второй — если женщине необходима контрацепция, то удачным выбором могут стать микро- и низкодозированные КОК с дроспиреноном, обогащённые фолатами.



На фоне сохраняющегося эколого-репродуктивного диссонанса распространённость расстройств менструации продолжает расти. «Порывы ветра» в виде дисбаланса половых гормонов, как правило, предупреждают о надвигающемся «шторме» — разнообразных патологических процессах, от клинически значимой потери минеральной плотности костной ткани до злокачественных изменений.

У женщин репродуктивного возраста НМЦ следует корректировать, восстанавливая овуляцию и нормализуя уровни половых гормонов. Именно такая стратегия станет залогом «хорошей погоды» в организме пациентки вплоть до менопаузы. **SP**

Библиографию см. на с. 114–118.

уравнение со многими неизвестными?

ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ



Автор: Виктория Борисовна Авдеева, канд. мед. наук, главный врач МЦ «Драгоценность», Москва

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина

Определить начало прелиминарного периода практически невозможно, поскольку характеризуется он лишь нерегулярными схватками в сроке от 37 нед гестации — без готовности шейки матки к родам. Эти «тренировочные» схватки могут продолжаться довольно долго, и некоторые пациентки при этом так устают, что вступают в роды совершенно измученными. Нередко врач стремится помочь женщине, используя различные терапевтические и даже хирургические меры ускорения процесса. Мотивацию таких поступков можно понять, однако оправдано ли такое вмешательство в ход естественных событий? Эксперты ВОЗ (2018) пришли к выводу, что женщин во время родов часто подвергают ненужным и даже вредным процедурам и манипуляциям¹.

ПРЕЛИМИНАРНЫМ ПЕРИОДОМ принято называть **предшествующее родам время**, когда у беременной в сроке свыше 37 нед происходят нерегулярные сокращения матки, часто при этом шейка матки бывает незрелой. Сущность прелиминарного периода — трансформация **плодосохраняющей** функции женского организма в **плодоизгоняющую**². В большинстве случаев к прелиминарному периоду вплотную примыкает **латентная фаза I** периода родов, — собственно, отсюда следует вести отсчёт продолжительности родов, однако определить момент «старта» практически невозможно: сложно зафиксировать, когда шейка матки начинает **укорачиваться и раскрываться**. Если за родовые схватки приняты предвестники (прелиминарный период) и от них начат отсчёт начала родов, то продолжительность первого периода, соответственно, увеличится и может послужить поводом для родостимуляции. В реальности же никакой слабости родовой деятельности не будет, а назначение утеротоников в подобной ситуации окажется **ятрогенным вмешательством**, повышающим потребность в оперативном родоразрешении или риск неблагоприятного исхода³.

Единого мнения о том, как именно должен протекать этот период подготовки организма к родам, не существует — сведения в литературе довольно противоречивы, немногочисленны и бессистемны, нет и единого термина, соответствующего данному состоянию. Зарубежные коллеги называют его **продолжительной латентной фазой родов** (prolonged latent phase) или «фальшивыми родами» (false labour) и диагностируют у нерожавших женщин при незрелой шейке и продолжительности сокращений матки более 20 ч, а у рожавших — более 14 ч.

Помимо нормального прелиминарного периода, в отечественной литературе существует термин «патологический прелиминарный период». В Национальном руководстве по акушерству (2018) под этим термином подразумевают состояние доношенной беременности с **нерегулярными** по частоте, длительности и интенсивности болями внизу живота, в области крестца и поясницы, продолжающимися более 6 ч⁴. Возможно, **«патологическим (длительным) прелиминарным периодом»** отечественные врачи называют некий аналог «фальшивых родов» за-

падных коллег, однако найти точного соответствия в этих понятиях не удаётся. Более того, если зарубежные специалисты отмечают, что пролонгированная латентная фаза **не вызывает** каких-либо клинически значимых побочных эффектов для матери или ребёнка⁵, то в отечественной профессиональной литературе можно найти пространные перечни способов коррекции «патологического прелиминарного периода» и многочисленные отсылки к мнениям экспертов о потенциальных осложнениях при неоказании помощи.

Получается, что акушеры-гинекологи из зарубежных стран всё же имеют в виду **какое-то другое состояние**, не опасное? В этом случае мы не должны выводить понятие «длительный прелиминарный период» из их определения «пролонгированной латентной фазы»? Как бы то ни было, сопоставимого диагноза, требующего врачебного вмешательства, нет ни в европейских странах, ни в США, ни в ряде других государств. Чем же мотивируют свою активную лечебную деятельность отечественные акушеры?

Опасный незнакомец?

В российских научных публикациях пишут о том, что роды у женщин с «патологическим прелиминарным периодом» **чаще осложняются** родовым травматизмом, кровотечениями в послеродовом и раннем послеродовом периодах, перинатальными осложнениями. Так, В.В. Самохваловой и соавт. (2014)⁶ был проведён ретроспективный анализ 92 обменных карт и историй родов, осложнённых **аспирационным синдромом** у доношенных детей. В каждом третьем эпизоде (37%, 34 ребёнка) в анамнезе встречался «длительный прелиминарный период», и авторы посчитали его фактором риска последующего аспирационного синдрома.

В одной из отечественных публикаций 2011 года встречается заключение о том, что роды, начавшиеся после «патологического прелиминарного периода», часто осложняются аномалиями родовой деятельности: у 9,4–25% пациенток — слабостью, у 4,7–14,3% — дискоординацией, у 6,4–14,7% — повышенным акушерским травматизмом

матери и плода, неонатальными осложнениями⁷. В 2012 году исследователи из Белгорода опубликовали научную работу по 454 историям родов с аномалиями родовой деятельности, и у 12,9% женщин был отмечен «патологический прелиминарный период»⁸.

Относительно общей частоты «патологического прелиминарного периода» сведения следующие. Согласно данным Н.Д. Шоонаевой (2015)⁹, его регистрируют у 13,6% здоровых родильниц. При преждевременном излитии околоплодных вод на фоне «незрелой или созревающей» шейки матки — у каждой третьей женщины¹⁰.

В отечественных работах редко можно встретить чёткие критерии, по которым был выставлен диагноз. Отсутствие клинических границ делает невозможным определение частоты возникновения — получается, каждый врач диагностирует состояние, опираясь лишь на собственный практический опыт.

На старт, внимание, марш!

Закон приведения к абсурду



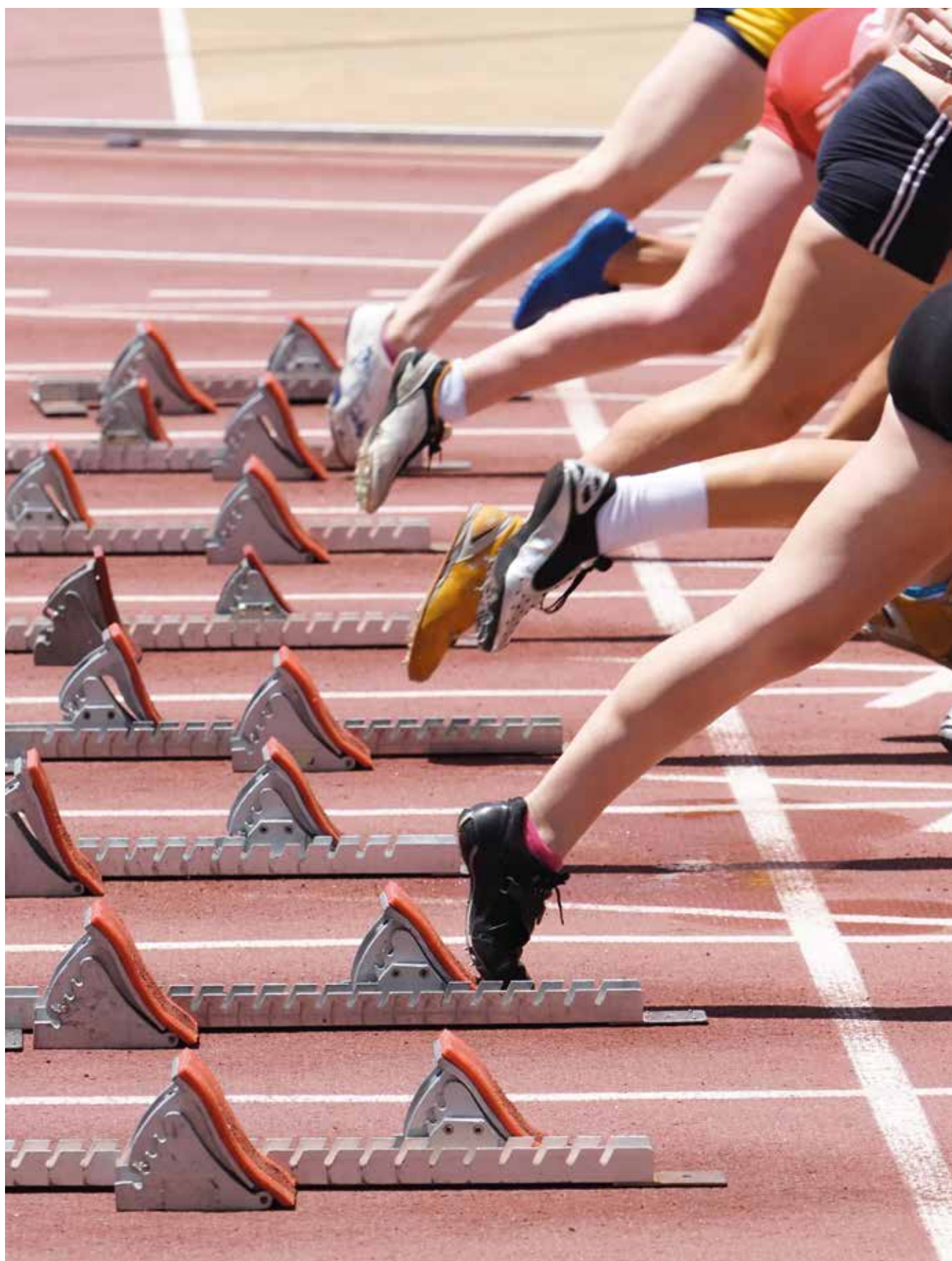
По мнению канд. мед. наук Сергея Александровича Князева, акушера-гинеколога перинатального центра при ГКБ №24 (Москва), **периодический тонус матки** и есть часть большой слаженной работы, превращающей незрелую шейку матки в зрелую. Безусловно, плохо, если плодный пузырь вскроется до окончания этой работы. И хотя гарантированного способа предотвратить это событие наука пока не знает, совесть акушера в этом случае чиста, если, конечно, этому событию не предшествовала серия влагищных исследований. И совсем другое

дело, когда на «созревающей» шейке матки плодный пузырь вскрывают преднамеренно, иногда для лечения такого загадочного «патологического прелиминарного периода». Бессмысленность этой процедуры очевидна с точки зрения не только акушерства, но даже обычной логики.

«Созревающая» шейка не может считаться зрелой. Между этими понятиями большая разница, становящаяся очевидной, когда роды превращаются в осложнённые. А с точки зрения логики ситуация вообще бессмысленна: мы вскрываем пузырь, руководствуясь теми соображениями, что «патологический прелиминарный период» не прекращается, беременная устаёт, а ребёнок может начать страдать от длительно повторяющегося тонуса. Для этого мы амниотомией **усиливаем** этот тонус. Соответственно, окончательно изматываем женщину, а полученной дискоординацией родовой деятельности добиваемся настоящего, а не мнимого страдания плода. Иначе чем **законом приведения к абсурду** это не назовёшь.

Авторы большинства отечественных работ подчёркивают **прямую взаимосвязь** между «патологическим прелиминарным периодом» и зрелостью шейки матки. Это логично — для того матка и приходит в периодический тонус, чтобы подготовиться к родам самой и подготовить шейку. Со второй половины XX века вступление в роды с незрелой шейкой матки стали считать **патологическим состоянием**: в 1974 году Г.Г. Хечинашвили и соавт. опубликовали данные о том, что у всех женщин, имеющих ко времени спонтанного начала родов недостаточно «зрелую» шейку матки, роды приобретают патологическое течение, а вероятность дискоординации родовой деятельности в 6 раз выше, чем при «зрелой» шейке¹¹. Напрашивается вывод: если шейка незрелая, то следует превратить её в зрелую. Однако как оценить её зрелость?

Исследователи из США (2016) предлагают определять «зрелость» шейки матки и диагностировать «ложные» роды с помощью **трансвагинального УЗИ**¹². По их данным, наиболее клинически значима для начала родов длина шейки матки $\leq 1,5$ см.



© Nicholas Rjabow / Shutterstock.com

«Золотым стандартом» для определения зрелости шейки матки принято считать **шкалу Эдварда Бишопа** (Е.Н. Bishop, 1964), предполагающую оценку таких параметров, как консистенция, длина шейки матки, проходимость шеечного канала, расположение органа в малом тазу относительно проводной оси таза (см. табл.).

Когда «чешутся руки»

Диагностировав «патологический прелиминарный период», врач, как правило, стремится что-либо предпринять, «полечить» пациентку. На фоне избыточных назначений и манипуляций предсказуемо возрастает **риск осложнений**, требующих стимуляции родовой деятельности со всеми вытекающими последствиями, носящими безусловно **ятрогенный характер**. Более чем 90% дискоординированной родовой деятельности (аномалий, истощения, слабости) формируется на фоне **напрасной индукции родов**. Окситоцин повышает базальный тонус матки, нарушая маточно-плацентарный кровоток, что может приводить к гипоксически-ишемическому поражению ЦНС плода. Недаром в последние годы в среде специалистов набирает популярность термин «окситоциновые дети»^{13,14}. Увеличивается вероятность оперативных вмешательств. Так, частота **хирургического родоразрешения** при диа-

гнозе «патологический прелиминарный период» в РФ достигает 41%, тогда как популяционная частота — около 25%⁷. Между тем чрезмерная и всё возрастающая распространённость абдоминальных родоразрешений тревожит организаторов здравоохранения во всём мире.

Активный, неактивный?

Но на характеристиках предвестников родов неясности не заканчиваются. Предвестники — незаметно! — переходят в латентную фазу, а она — в активную. Как отличить одно от другого?

Изначально разделение родов на латентную и активную фазы ещё в середине XX века предложил исследователь из США Эммануэль Фридман (Е.А. Friedman)¹⁵. С тех пор в международных работах и в клинической практике эти фазы так и называют¹⁶, но вопрос о дифференцировке их сроков до сих пор неоднозначен.

Стандартного определения начала родов (старта латентного периода) не существует, и различные авторы предлагают неодинаковые критерии. Это можно считать следствием **многоступенчатости** физиологических механизмов, вызывающих переход миометрия от нормотонуса к регулярным сокращениям. По российским и иностранным

источникам, **латентной фазе I периода родов предшествуют** схватки с интервалом от 5 мин при длине влагалищной части шейки матки не менее 2 см. На практике многие врачи определяют начало активной фазы родов с открытия шейки матки 3 см и скорости раскрытия от 1 см/ч¹. В протоколе «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде» (2014) рекомендовано за критерий брать раскрытие 3—4 см¹⁷.

Далее, зафиксировать момент, когда латентная фаза перетекает в **активную**, тоже не всегда легко из-за противоречий в научной литературе¹⁸. Объединённая исследовательская группа из США и Китая (2015) проанализировала истории 1329 женщин с самопроизвольными срочными одноплодными родами в головном предлежании. Специалисты сообщили, что большинство женщин вступили в активную фазу с раскрытием шейки матки 3—5 см. Средняя скорость раскрытия у первородящих составила 1,2 см/ч, при повторных родах — 1,5 см/ч. Проведя расчёты, авторы сделали вывод, что латентная фаза сменяется активной при **раскрытии шейки матки 3 см у первородящих, 4 см у повторнородящих и регулярных болезненных схватках** каждые 5 мин с длительностью сокращения более 40 сек. Казалось бы, критерии довольно чёткие. Однако парадоксальным образом опрос показал, что зачастую и врачи, и пациентки начинают отсчёт родов от момента, когда женщина **была госпитализирована**²¹. Это существенная ошибка! Несомненно, о начале родов и переходе между латентной и активной фазами следует судить по состоянию шейки матки.

Избыток энергии

Не всегда обосновано стремление акушеров-гинекологов управлять родами и контролировать физиологические процессы, что подтверждают зарубежные научные публикации. Обратим внимание читателя: перечисленные ниже работы касались диагноза «продлированная латентная фаза»; подобную статистику в России по диагнозу «патологический прелиминарный период» собрать затруднительно, однако можно

Таблица. Степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа

Признак	Баллы*		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена по периферии, область внутреннего зева плотная	Мягкая
Длина шейки матки	Более 2 см	1—2 см	Менее 1 см
Пройодимость шеечного канала	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим до внутреннего зева	Канал проходим для одного или более пальцев за внутренний зев
Положение шейки матки по отношению к проводной оси таза	Кзади	Кзади или кпереди	По проводной оси, «центрирована»
Расположение предлежащей части	Над входом	Между верхним и нижним краем лона	На нижнем краю лона и ниже

* 0—5 баллов — шейка «незрелая»; 6—10 баллов — «недостаточно зрелая»; 10—15 баллов — «зрелая».

ожидать **скорее худших**, чем лучших показателей — хотя бы потому, что слово «патологический» так и провоцирует врача на действия.

В ретроспективном популяционном когортном исследовании, проведённом в Швеции в 2013 году, из 5797 женщин 17,6% (n=1023) обратились за медицинской помощью во время латентной фазы родов, и каждая вторая из их числа (50,5%, n=517) имела **продлившую латентную фазу**, то есть поступила в прелиминарный период. У рожениц, госпитализированных в эти сроки, было меньше спонтанных вагинальных родов, чаще выполняли экстренное кесарево сечение, чаще рождались дети с оценкой по шкале Апгар менее 7 баллов. У поступавших в активной фазе родов риск всех этих негативных явлений оказался ниже¹⁹. Получается, чем раньше поступают пациентки, тем больше их «лечат» — и хуже результат!

Далее, интернациональная команда исследователей (Германия, США, Китай) в 2016 году выпустила работу, охватившую 1202 первородящих пациенток. По полученным сведениям, частота кесаревых сечений **в 4,5 раза выше** среди женщин, поступающих в начале I периода родов с открытием шейки матки менее 4 см, чем у госпитализированных позже¹⁴.

По данным специалистов из Германии, пролонгированную латентную фазу родов диагностируют у каждой пятой женщины по замедленному раскрытию шейки матки — менее 1 см/ч²⁰. И **хотя гайдлайны не указывают, что таким роженицам необходимо родовозбуждение**²¹, им чаще назначали окситоцин. Кроме того, у пациенток с длительной латентной фазой отмечен худший исход и отрицательный опыт родов.

В 2016 году авторской группой из Канады и Великобритании был опубликован обзор английских, французских и немецких научных работ за период с 1978 по 2014 год¹⁸. Оказалось, что диагноз «пролонгированная латентная фаза родов» связан с повышенной частотой применения окситоцина, кесарева сечения, а также гипоксии плода и рождения детей с низкой оценкой по шкале Апгар, увеличения потребности новорождённых в реанимации, а родильниц — в интенсивной терапии. Исследователи сделали также вывод, что при латентной фазе



© areya_ana / Shutterstock.com

[Пролонгированную латентную фазу родов диагностируют у 20% женщин по замедленному раскрытию шейки матки, что часто служит необоснованным показанием для назначения окситоцина.]

I периода родов, во-первых, большое значение имеет **выжидательная тактика**, а во-вторых, ждать лучше всего **вне стационара**. Кажется, проще изолировать пациентку от врача, чем убедить его не предпринимать никаких мер!

Получается, что **риск акушерского вмешательства** зависит не столько от показаний, сколько от того, когда женщина доставлена в больницу: если в латентной фазе, то медперсонал стремится «поторопить события», нарушая естественный ход физиологического родового процесса. И хотя однозначной статистики по этому поводу в РФ нет, можно предположить, что многочисленные осложнения «патологического прелиминарного периода», регистрируемые отечественными врачами, — лишь следствие необоснованных, ятрогенных действий. Здесь ярко прослеживаются признаки акушерской агрессии, сформулированные В.Е. Радзинским: и **«родовой конвейер»**, и **«симптом крокодила»** как он есть — ни шагу назад!

Путь в темноте

Какие меры обычно предпринимает акушер-гинеколог, диагностировавший у пациентки «патологический прелиминарный период»? Он стремится ускорить созревание шейки матки, устранить «гипертонус» и неkoordinированные сокращения матки, а также нормализовать психоэмоциональное состояние женщины. Согласно «Национальному руководству», используют следующие назначения⁴.

- Акушерский сон — заметно улучшает психоэмоциональное состояние беременной. Некоторые врачи критикуют его за недостаточную патогенетическую оправданность, однако в отсутствие однозначной правомерности диагноза «патологический прелиминарный период» рассуждать о правильности понимания патогенеза затруднительно.
- Токолиз β -адреномиметиками — снимает болезненные беспорядоч-

Не мешайте природе

Врач — почти всегда учёный, и страсть к **классифицированию** у него в крови. Так, современное акушерство выделяет три периода родов, а в позапрошлом веке немецкий врач Йоханн Вайбрат (Johann Baptist von Weißbrod) разделял роды на целых восемь (!) периодов: 1 — переход от беременности к родам; 2 — период начала родов; 3 — прохождение головки; 4 — прорезывание головки; 5 — прорезывание туловища; 6 — период выхода последа; 7 период закрытия шейки матки; 8 — переход в родильный период²². Напротив, американские акушеры того

времени вообще не разделяли роды на какие-либо стадии²³.

От того, как мы классифицируем стадийность процесса рождения ребёнка на периоды, природа этого события **не меняется**. Все классификации созданы акушерами для акушеров — просто чтобы придать работе определённую **структурность**. И это более чем оправдано, поскольку облегчает коммуникацию между врачами. Даже если определения употребляемых терминов немного расплывчаты, чаще всего это не приводит к негативным последствиям.



© marozau andrei / Shutterstock.com

[Распространённый постулат «солнце не должно дважды вставать над роженицей» был известен давно, но понятие, кого считать роженицей, за прошедшие столетия не было одинаковым.]

Гораздо хуже, когда ту или иную классификацию начинают возводить в ранг догмы и любое отступление от придуманных рамок начинают исправлять, трактуя как ненормальность.

Распространённый постулат «солнце не должно дважды вставать над роженицей» был известен давно, но понятие, кого считать роженицей, за прошедшие столетия не было одинаковым. До XX века к предвестникам родов относились спокойно — «лёгкие потуги могут явиться за несколько дней до родов и вскоре затем исчезнуть»²⁴, начало же родов отсчитывали от изменений в шейке матки на фоне постоянных схваток. В учебниках акушерства XIX века писали, что основную опасность при затягивании родов, если не принимать во внимание ситуации с несоответствиями между лежащей частью и родовыми путями, представляет **восхождение инфекции** в полость матки после излития вод. Ситуацию при целом плодном пузыре выдающийся германский акушер Эрнст Бумм (Ernst Bumm) называл «безразличной»: «простая слабость более в первом периоде родов при стоящем ещё пузыре может быть рассматриваема как довольно безразличное, хотя и неприятное для роженицы и врача явление»²⁵. Поэтому до начала родов никому в голову не могло прийти вскрыть плодный пузырь для лечения этих болей. Причём акушеры понимали его значение не только с позиции инфекционных рисков: «С излитием вод родовые боли обыкновенно усиливаются, ход родов при нормальных условиях ускоряется. Вследствие **преждевременного излития вод** роды обычно **замедляются**... потому именно и вредно то, что усиливает родовую деятельность в период, когда маточный зев ещё недостаточно раскрыт»²⁶.

Спокойным отношением к предвестникам родов оставалось до второй половины XX века. Кстати, выдающийся советский акушер Иосиф Фёдорович Жордания **не отделял** нерегулярные боли от прочих признаков близких родов: опущения дна матки, измене-

ния осанки, облегчения дыхания или отхождения слизистой пробки. Тем более он не описывал «предвестники патологические», хотя упоминал «чрезмерную болезненность» перед родами или в первом периоде у женщин с «**неуравновешенным типом** высшей нервной деятельности»²⁷. Другой выдающийся учёный украинской акушерской школы, Николай Сергеевич Бакшеев, также не считал длительные подготовительные боли «патологическими», но справедливо указывал, что если пациентка плохо переносит прелиминарные схватки (он считал это следствием **плохой физиопсихологической подготовки** к родам или особенностями личности)²⁸, то она быстро расходует свои физические и психологические силы. Бесконечными эти возможности быть не могут, поэтому назначение седативных препаратов позволяет купировать боли, чтобы женщина отдохнула.

С этой позицией сложно не согласиться, ведь пациентки могут иметь **различные психотипы**, а некоторые из них избыточно чувствительны к определённому виду боли. Задача врача — облегчить состояние женщины, предупредив о вероятных последствиях применения седативных препаратов. При зарегистрированной с помощью токографии повышенной маточной возбудимости без динамики со стороны шейки матки возможно назначение β-адреномиметиков, не только снижающих активность миометрия, но и улучшающих маточно-плацентарный кровоток. Не зря в некоторых работах при острой гипоксии в родах эти средства предлагают вводить струйно в качестве «**внутриутробной реанимации**».

Давайте внимательнее рассмотрим наблюдения классиков отечественного акушерства. Во-первых, они указывают, что подготовительные схватки — **нормальная стадия перехода** между состояниями «беременность» и «роды». Этот физиологический процесс перестройки и подготовки организма бывает у большинства беременных. Во-вторых, — и это представляется главным наблюдением — **первопричина** непереносимых болей чаще всего **психологическая**.

Давайте посмотрим, почему «физиологически» (и, соответственно, менее болезненно) этот процесс протекает, если женщина находится вне стен лечебного учреждения? Не переводим ли мы сами прелиминарный период в «патологический», раньше времени направляя женщину в родильный дом?

В норме человеческий организм хорошо саморегулируется, в том числе при беременности сам определяет, когда и с какими интервалами приводить матку в состояние относительно тонуса, чтобы при этом не нарушать остальные функции. Врач легко может вмешаться в этот процесс (причём из благих побуждений), например, про-

неприятное, но **неопасное**, а избыточные вмешательства переводят его в **дискоординацию родовой деятельности**, когда риск для матери и плода уже неиллюзорен.

Если прислушаться к классикам акушерства, утверждавшим, что причина боли и дискомфорта в прелиминарный период — психологическая, становится очевидным, что тактика помещения такой беременной в палату родильного отделения — **глупость**. Что в этом случае может успокоить пациентку — звуки, доносящиеся из родовых боксов, «кафельная» обстановка, инструменты? Да, целесообразен мониторинг за состоянием плода, но разве нельзя проводить его

[Мы своими руками вмешиваемся в процесс, механизм регуляции которого не вполне понятен, и приводим беременную в состояние ятрогенного дискомфорта. Можно ли заставить шейку матки «созреть»?]

водя бесконечные влагалищные исследования с «пальцевой подготовкой шейки матки». Отслоение нижнего полюса плодного пузыря давно известно в качестве механической подготовки шейки матки, но к этой процедуре, как и к любой другой, необходимы показания. К сожалению, в реальности в роли показаний выступают более чем сомнительные аргументы — от «на всякий случай» до «пора закрываться на мойку»!

Итог удручает. Мы своими руками вмешиваемся в процесс, механизм регуляции которого не вполне понятен, и приводим беременную в состояние ятрогенного дискомфорта. Можно ли заставить шейку матки «созреть», если организм в целом к родам ещё не готов?

Если уже наступивший дискомфорт, названный «патологическим прелиминарным периодом», считать поводом для **многократных осмотров** или тем более **амниотомии** (особенно при «незрелой» шейке матки), то подобная тактика лишь **усугубляет ситуацию**. Дискомфорт — состояние

в **любом другом помещении** роддома, где есть кушетка и электрическая розетка, куда можно допустить родственников пациентки, установить музыкальный центр — всё, что способно отвлечь женщину **положительными эмоциями**?

Понятно, что беременных высокого риска наблюдать подобным образом скорее всего не получится, но здоровых женщин с низкой степенью перинатального риска вполне можно избавить от **ненужной госпитализации**. Если же беременную продолжает беспокоить боль и показаны β-адреномиметики или седативные препараты, можно переходить на **госпитальный этап**. И если боли купированы, пациентка отдохнула, состояние плода удовлетворительное, срок гестации не приближается к 42 нед, а степень перинатального риска низкая — желательно **отпустить женщину домой**. Лучше дожидаться настоящих схваток, чем насильно навязывать роды, если организм к ним пока не готов, программируя тем самым реальные проблемы и осложнения.

ные сокращения матки и одновременно способствует подготовке шейки матки к родам. Кроме того, эти препараты улучшают маточно-плацентарный кровоток, оказывая благоприятное действие на состояние плода. Однако следует помнить, что β -адреномиметики могут вызывать тахикардию, снижение артериального давления, потливость, тошноту; эти симптомы ликвидируют назначением антагонистов кальция (верапамила, нифедипина).

- Нестероидные противовоспалительные средства — нелегализованные токолитики, их применяют для токолиза у беременных, которым противопоказаны β -адреномиметики (с тиреотоксикозом, глаукомой, болезнями сердца и сосудов). Рекомендуют ибупрофен (400 мг) или напроксен (500 мг) перорально. Препараты этого ряда подавляют активность фермента циклооксигена-

зы, катализирующего синтез простагландинов из арахидоновой кислоты.

- Блокаторы медленных кальциевых каналов (верапамил, нифедипин).
- Регионарная (эпидуральная) анестезия — снимает болевую реакцию в родах: противодействует высвобождению катехоламинов, β -адренергическому эффекту, гипервентиляции, возбуждению, состоянию тревоги; препятствует снижению оксигенации и развитию ацидоза у плода, ускоряет родовой процесс.
- Для ускорения «созревания» шейки матки — простагландины E_2 , динопрост в виде геля (0,5 мг) интрацервикально на фоне токолитической терапии при отсутствии оптимальной биологической готовности к родам при целом плодном пузыре.
- Амниотомия с целью родовозбуждения — по достижении биологической готовности к родам (при «зрелой» шейке матки).

Благоприятным результатом лечения полагают либо **спонтанное начало** регулярной родовой деятельности, либо сформировавшуюся готовность организма беременной к родам. Неэффективность лечения в сочетании с отягощённым акушерским анамнезом, тазовым предлежанием, крупным плодом, экстрагенитальными заболеваниями, преэклампсией или признаками гипоксии плода служит показанием для окончания беременности операцией **кесарева сечения**. Тем не менее срок, в течение которого необходимо **наблюдать** за пациенткой, чтобы принять решение об эффективности помощи или отсутствии должного результата, **нигде не прописан**, и каждый врач решает этот вопрос интуитивно. Необоснованный диагноз, непоказанная терапия и отсутствие критериев её действенности — не отсюда ли повышенная частота кесаревых сечений и индукций родов? Более того, даже при искреннем желании врача облегчить состояние беременной до начала родов медикаментозные вмешательства увеличивают риск ятрогенных осложнений.

Что же делать акушеру-гинекологу, ответственно относящемуся к принятию решений? Ответ звучит не очень сложно, хотя не так прост на деле: нужно по возможности **не мешать природе** (см. разворот на стр. 78–79).



Так ставить или нет диагноз «патологический прелиминарный период»? Если без каких-либо вмешательств со стороны врача «схватки-предвестники» не угрожают ни женщине, ни плоду ничем, кроме усталости, а вмешательство может спровоцировать «букет» расстройств и новых назначений, то стоит ли «вклиниваться»?

Безусловно, изменить сложившуюся в конкретном родовспомогательном учреждении практику непросто. Если при этом возникает вопрос «Как же объяснить ситуацию коллегам, ведь у нас принято иначе?», дайте им тоже прочесть эту статью. Приглашаем к обсуждению этой непростой темы — не только в ординаторской, но и в группах StatusPraesens. **SP**

Выдержки из книги проф. В.Е. Радзинского «Акушерская агрессия, v. 2.Ф»³

«Цервикология показала, что всё дело в гистологическом строении шейки матки: 70% объёма представлено соединительной тканью, артерии практически отсутствуют, в отличие от мощного мышечного аппарата тела матки, где те же 70% представлены гладкой мускулатурой... Оказалось, что есть группа белков, которые запускают эти структурные изменения шейки матки — разрыхление, укорочение, сглаживание, раскрытие, и обнаружены гены, которые кодируют синтез этих белков».

«Ещё 30 лет назад было установлено, что механизм созревания родовых путей и начала сократительной деятельности матки сопряжён лишь с открытием кальциевых каналов в цитоплазматической мембране утеромиоцитов».

«Механизм созревания женского организма для предстоящих родов до сих пор остаётся загадкой современного акушерства. Ушли в прошлое теории об эстрогенной и простагландиновой насыщенности организма к родам... На смену им приходят теория гемодинамической перестройки матки <...>, новейшая теория о генетической детерминированности (hERG: human Ether a go-go Related Gene — ген, кодирующий протеин, известный как α -субъединица кальциевого ионного канала) как своевременной, так и преждевременной или дискоординированной родовой деятельности».

«Согласно современным представлениям, для начала маточных сокращений значимо не количество эстрогенов в крови, а рецепторный статус органа-мишени накануне родов. Без соответствующих изменений (значительное увеличение числа рецепторов) повышение концентрации гормонов будет безразличным».

Библиографию см. на с. 114–118.

ВЕЧНАЯ ПРОБЛЕМА: ЧТО ДАРИТЬ? ЕСТЬ РЕШЕНИЕ!



ПОДАРОЧНЫЙ СЕРТИФИКАТ

Годовая подписка на журнал «StatusPraesens.
Гинекология, акушерство, бесплодный брак»*

КАК ПРИОБРЕСТИ?

- На сайте praesens.ru в разделе «Журналы/Подарочный сертификат» (оплата банковской картой).



- **Оплатить в любом банке** по реквизитам: Получатель: ООО «Статус презенс контент» • ИНН/КПП: 7701984958/770101001 • Р/с: 40702810700000019553 • Филиал №7701 Банка ВТБ (ПАО), г. Москва • БИК: 044525745 • К/с: 3010181034520000745. Назначение платежа: «Подарочный сертификат на годовую подписку на журнал StatusPraesens для жителей России (шесть номеров)».
- Сообщить об оплате по тел.: +7 (499) 346 3902, доб. 503; или по e-mail: ig@praesens.ru.
- **На мероприятиях**, организуемых компанией StatusPraesens.
- **В офисе** по адресу: Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3. Подробная информация по тел.: +7 (499) 346 3902, доб. 503; e-mail: ig@praesens.ru.

Стоимость (для жителей России): 2018 год — 1800 руб.

* Самый читаемый журнал среди акушеров-гинекологов (по данным исследования MEDI-Q компании «Ипсос Комкон»; 2015, 2016).





нить Ариадны

Альтернативные способы остановки акушерских кровотечений



Авторы: Александр Николаевич Рымашевский, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Ростовского ГМУ; Михаил Александрович Рымашевский, аспирант той же кафедры (Ростов-на-Дону)

Копирайтинг: Мила Мартынова

В России за последние годы наблюдают снижение частоты акушерских кровотечений в послеродовом и послеродовом периодах. Однако эти состояния сохраняют **стабильно высокое место** в структуре причин материнской смертности, например при плотном прикреплении плаценты, а также в связи с нарушениями в системе гемостаза. Пациентки по-прежнему гибнут, и чаще всего причинами этого становятся недооценка кровопотери, запоздалый и неадекватный гемостаз, неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии, нарушение этапности акушерской помощи¹. Так, в нашей стране в 2016 году на 1 888 729 рождённых детей **умерли 188 женщин**, из них **от кровотечений — 24²**.

До недавних пор единственным решением проблемы при атоническом послеродовом кровотечении считали **удаление матки**. В настоящее время количество таких вмешательств в России продолжает снижаться, в частности благодаря активному и обоснованному внедрению **органосохраняющих методов** лечения, а именно перевязки сосудистых пучков маточной и внутренних подвздошных артерий, наложения компрессионных швов и эластической компрессии. И это правильная тактика: нельзя прибегать к экстирпации матки, пока не исчерпаны **все альтернативные возможности** консервативного и хирургического этапов.

Сегодня во многих ситуациях можно избежать тактики «резать, не дожидаясь», поскольку существуют хорошие шансы решить проблему менее радикальными способами. Попытки сократить и сохранить матку предусматривают вначале **перевязку** не внутрен-

них подвздошных артерий, а **сосудистых пучков маточных артерий**. Сразу после вмешательства орган на глазах белеет. В отличие от этих способов, компрессионные гемостатические швы и эластическая компрессия матки в России **пока широкой популярности не получили**.

Возможно, это связано с недостаточной информированностью акушеров-гинекологов о технике их выполнения.

Раз, два, три!

В соответствии с клиническими рекомендациями алгоритм действий при послеродовом кровотечении включает три этапа³.

Цели первого этапа — установить причину кровотечения и принять необходимые **меры по его остановке**, а именно:

- ручное исследование послеродовой матки, удаление плацентарной ткани и сгустков (однократно);
- бимануальная компрессия матки;
- ушивание разрывов мягких родовых путей;
- назначение лекарственных средств для лечения гипотонии матки;
- коррекцию нарушений параметров гемостаза (только по показаниям и после остановки кровотечения).

Если кровотечение продолжается, переходят ко второму этапу и применяют следующие манипуляции:

- управляемую баллонную тампонаду матки;
- продолжение инфузионно-трансфузионной терапии — в зависимости от объёма кровопотери, массы тела пациентки.

И только в ситуациях неэффективности предшествующих мер, когда кровотечение может принять характер угрожающего жизни состояния, переходят к третьему этапу. Он включает лапаротомию, наложение **компрессионных швов** по Б-Линчу или Перейре (во время кесарева сечения) или в другой модификации (Рембеца, вертикальные, квадратные), а в случае неэффективности — перевязку маточных сосудов или внутренних подвздошных артерий. Методики можно сочетать, на репродукцию это, как правило, не влияет. **Экстирпацию матки** применяют при массивном послеродовом кровотечении как крайней меру, когда все предыдущие мероприятия не дали должного эффекта. Такая радикальная операция быстро устраняет источник кровотечения, однако нарушает функцию тазового дна, кровоснабжение, иннервацию, лимфодренаж органов малого таза, провоцирует развитие полисистемных заболеваний и, что особенно важно, ли-

шает женщину возможности стать матерью в будущем.

Могут ли современные специалисты обойтись без органоуносящих вмешательств при гипотоническом послеродовом кровотечении? Никаких гарантий никто дать, увы, не может, однако **шансы спасти матку** значительно повышаются при наличии альтернативных способов хирургического гемостаза.

Компрессионные швы как метод сохранения матки

Шов по Б-Линчу

Одна из модификаций компрессионного шва была предложена профессором из Великобритании Кристофером Б-Линчем (B-Lynch С.) и его коллегами ещё в 1997 году⁴. При его выполнении матку охватывают одним непрерывным швом **в виде «рюкзака»**, добиваясь сближения передней и задней стенок органа в нижнем его сегменте и сдавления миометрия. В большинстве случаев кровотечение удаётся остановить.

[Когда кровотечение принимает характер угрожающего жизни состояния, переходят к лапаротомии с перевязкой маточных сосудов или внутренних подвздошных артерий, а также к тотальной гистерэктомии.]

Что касается техники выполнения этой манипуляции, то раньше после вагинальных родов врачи не делали поперечного провизорного разреза на матке, считая, что он нужен только для кесарева сечения. Они пытались войти в мышцу через серозную оболочку, однако матка очень «скособочивалась», и ровный шов не получался. Оказалось, что можно сделать разрез, войти прямо в мышцу матки, слева через дно провести один шов, далее через крестцово-маточные связки вернуться в ту же точку, натянуть и завязать (см. инфографику).

Важное преимущество метода — **альтернатива объёмным хирургическим**

вмешательствам (гистерэктомии и перевязке подвздошных артерий), поскольку наложение шва по Б-Линчу при массивных акушерских кровотечениях позволяет не только спасти жизнь женщине, но и сохранить матку и возможность иметь детей в будущем^{5–7}. Это подтверждено во множестве исследований, в частности в когортном, в котором наблюдали 252 женщин, перенёсших послеродовое кровотечение в период с 2000 по 2010 год (при этом 63 из них был наложен компрессионный шов по Б-Линчу) и впоследствии забеременевших. Целью работы было выяснение неблагоприятных исходов, связанных с нарушением плацентации (предлежание или приращение плаценты), преэклампсией, преждевременными родами. Результаты наблюдения **не показали никакой связи** между воздействием шва по Б-Линчу и отрицательными последствиями при последующей гестации, в частности, было доказано, что наложение этого компрессионного шва не повышает риск аномальной плацентации⁶.

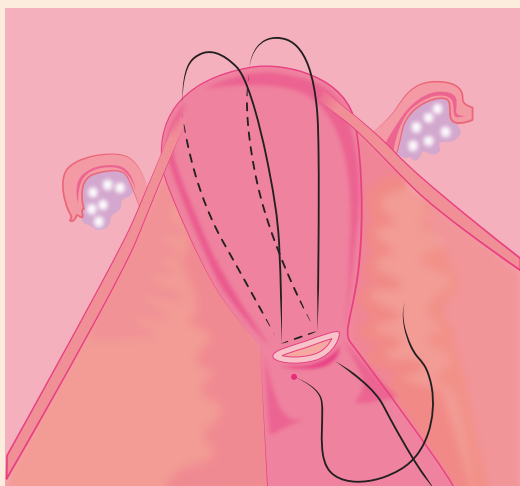
В другом ретроспективном исследовании оценивали 36 женщин с гипотонией матки, у которых использовали шов по Б-Линчу с дополнительными хирургическими процедурами или без них⁸. Так, 16 пациенткам был наложен ком-

прессионный шов по Б-Линчу, а 11 женщинам произведена перевязка артерий: маточных — четырёх наблюдаемым, маточных и ветви яичниковой — семи. Восьми участницам потребовалась также двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий, поскольку только с помощью компрессионного шва достичь гемостаза не удалось. Общий показатель успешного наложения шва по Б-Линчу составил **75 и 94,4%** — при совместной перевязке внутренних подвздошных артерий. Краткосрочных осложнений (некроза, гематометры, пиометры или эрозии матки) в ходе наблюдения не зафиксировано.

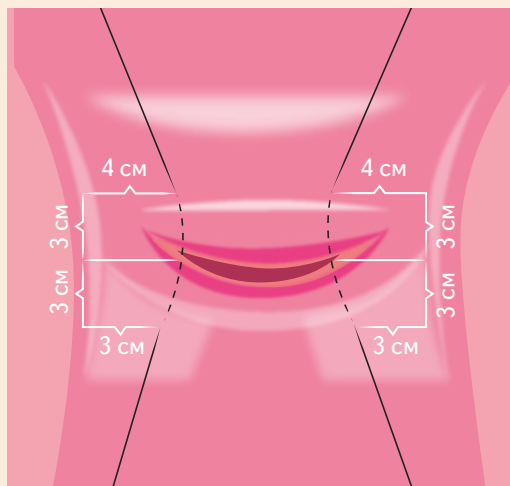
УЗЕЛОК ЗАВЯЖЕТСЯ!

ВИДЫ КОМПРЕССИОННЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ШВОВ

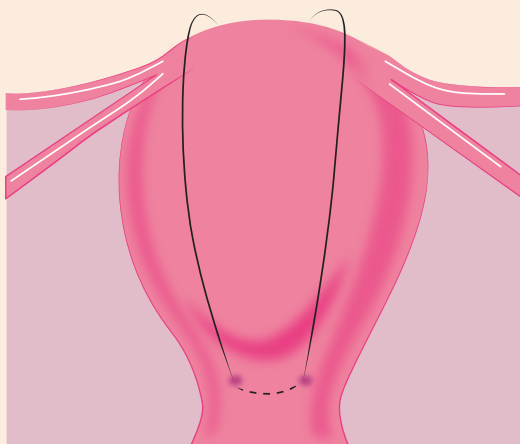
ШОВ ПО Б-ЛИНЧУ



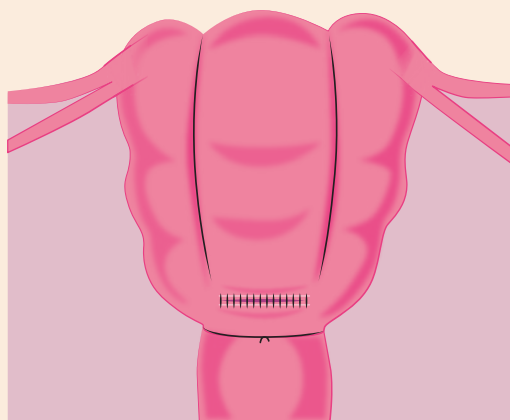
А общая схема расположения нитей до ушивания;



Б вид спереди;



В вид сзади;

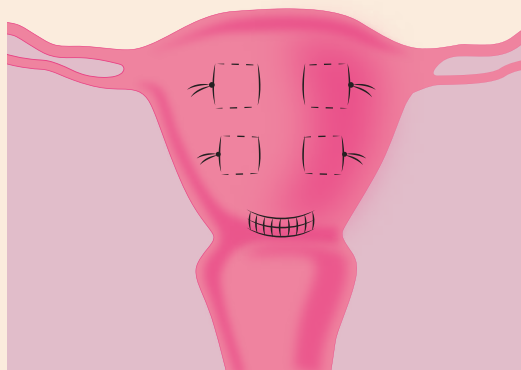


Г наложенный шов, вид спереди.

Наложение одного непрерывного шва в виде «рюкзака» путём сближения передней и задней стенок матки в нижнем сегменте.

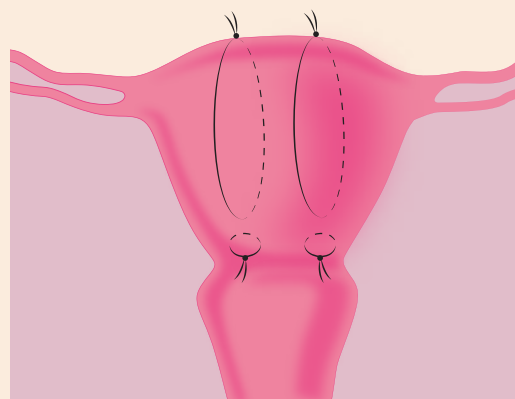


«КВАДРАТНЫЙ» ШОВ



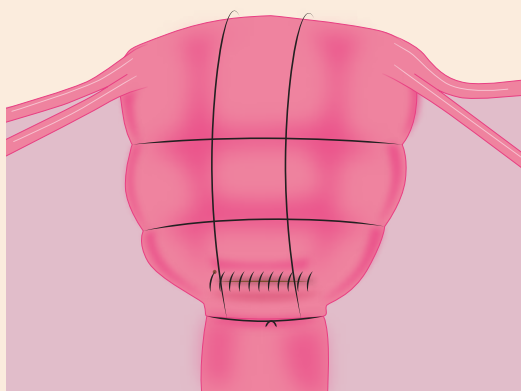
Формирование квадратов путём прокола сквозь толщу обеих стенок матки, а затем — на 3 см латеральнее. Для компрессии концы нитей туго связывают на передней стенке.

ШОВ ХАЙМАНА



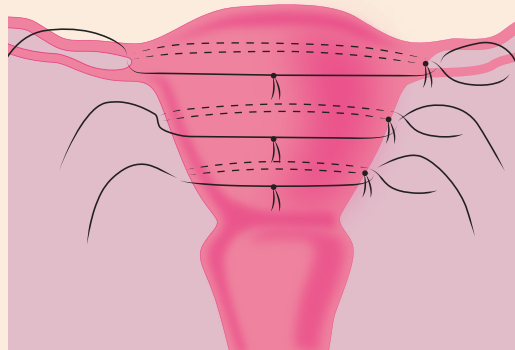
Наложение двух параллельных нитей в сагиттальной плоскости матки, наложение лигатур через все слои в нижнем сегменте органа.

ШОВ ПЕРЕЙРЫ



Наложение нескольких циркулярных швов в поперечной плоскости матки, а затем — двух сагиттальных, фиксация их к самому нижнему поперечному шву в нижнем маточном сегменте.

ШОВ ПО РАДЗИНСКОМУ–РЫМАШЕВСКОМУ



Наложение трёх циркулярных швов, содержащих по две нити рассасывающегося материала. Затягивание сначала одной нити в каждом из швов, а через 5–8 мин после повышения тонуса — затягивание второй нити.

ВЫВОД: Компрессионные гемостатические швы — эффективный органосохраняющий метод остановки акушерских кровотечений, очевидно подвергающийся **эволюционному** развитию.



© PHOTO 999 / Shutterstock.com

Ещё в одном проспективном исследовании наблюдали 19 пациенток с атоическим послеродовым кровотечением после кесарева сечения. Процедура наложения компрессионного шва была успешной у 94,7% женщин, что позволило остановить кровотечение и сохранить матку. Только одной больной потребовалась надвлагалищная гистерэктомия⁹.

Достоинствами швов по Б-Линчу признаны быстрота выполнения и возможность работы без специального инструментария. При их наложении применяют толстую рассасывающуюся нить (1–2 USP) на колющей атравматической игле. После остановки кровотечения и сокращения матки швы провисают, нивелируя тем самым компрессию. Во избежание прорезывания швов крайне важно дозирование нагрузки при затягивании нити, это обеспечивает наилучший гемостаз. Однако метод имеет существенные недостатки — опасность ослабления (провисания) на 2–3-и сутки и подвижность нитей в области дна матки. К тому же при его использовании необходимо применение значительного усилия при затягивании лигатуры, что повышает избыточное сдавление и вероятность разрывного повреждения миометрия.

Стоит отметить, что упрощённый модифицированный вариант шва по Б-Линчу был предложен Кайроном Бхалом (Bhal K.) и соавт. Шов накладывают по тем же принципам, однако используют две нити — по одной на каждое из рёбер матки. Ключевую роль играет выполнение компрессии миометрия при затягивании узлов. Преимущества этого метода заключаются в простоте и возможности использовать нити синтетического рассасывающегося материала (полилактина-910) стандартной длины (70 см), которые при наложении шва связывают друг с другом для достижения эффекта¹⁰.

«Квадратный» шов

Ещё одна разработка, на этот раз предложенная специалистами из Кореи под руководством проф. Джина Хо Чо (Cho J.H.) в 2000 году¹¹. Исследователи использовали эту методику у 23 женщин с послеродовыми кровотечениями после кесарева сечения при отсутствии успеха консервативного лечения. У всех рожениц значительно уменьшилось кровоте-

тера и удалось избежать гистерэктомии. Четыре пациентки после применения метода в дальнейшем забеременели.

Техника выполнения этого шва такова: сначала прямой иглой делают прокол сквозь толщу передней и задней стенок матки, а затем — через толщу обеих стенок на 3 см латеральнее. То есть нить с иглой снова оказываются на передней стенке органа. Далее прокол делают на 3 см ниже, а выводят иглу на задней стенке матки, следующий прокол — на 3 см латеральнее третьего и т.д. Таким образом **формируют квадрат**. Затем выполняют компрессию передней и задней стенок матки, концы нити туго связывают на передней стенке (см. инфографику). Можно наложить любое количество таких швов, чтобы стянуть матку по всей её поверхности. В случаях предлежания плаценты либо частично/полного плотного прикрепления или вставания подобные швы можно наложить только на нижний маточный сегмент при условии, что дно и тело органа хорошо сократились.

Шов Хаймана

Со временем вариантов компрессионных швов стало появляться всё больше. Так, в 2002 году Ричард Г. Хайман (Hauman R.G.) и соавт. предложили модификацию шва, при выполнении которого используют две нити — их накладывают параллельно в сагиттальной плоскости матки, а лигатуры проводят сквозь мышцу органа в нижнем сегменте¹² (см. инфографику). В исследованиях были доказаны безопасность и высокая эффективность (90,9%) шва Хаймана в хирургическом управлении массивными послеродовыми кровотечениями, а также простота и быстрота выполнения^{13,14}.

Шов Перейры

Эффективность этого гемостатического шва, предложенного Алсидесом Перейрой (Pereira A.) в 2005 году¹⁵, сравнима со швом по Б-Линчу. Разница состоит в том, что при его выполнении накладывают не один непрерывный, а несколько (от двух — и сколько поместится) циркулярных швов **в поперечной и сагитталь-**

ной плоскостях матки, последовательно завязывая их и продвигаясь от дна к шейке. Сначала накладывают и затягивают поперечные швы, а затем — два продольных, фиксируя их к самому нижнему поперечному шву в нижнем маточном сегменте. Это позволяет легко контролировать компрессию органа (см. инфографику).

[При наложении шва по Радзинскому—Рымашевскому от дна матки к нижнему сегменту накладывают один за другим три циркулярных шва, содержащих по две нити рассасывающегося материала.]

Несмотря на эффективность методики, возможны и **осложнения, связанные с дефектами выполнения**: прорезывание мышц матки в зоне узла, разрывы нити. Встречают и более редкие, но опасные осложнения (повреждение маточного венозного сплетения, фаллопиевых труб, травмы мочеочника) при выходе лигатуры в нижнем сегменте органа. Во избежание этого рекомендовано комбинировать лигирование яичниковых и восходящей ветви маточной артерии с наложением шва по Перейре исключительно с поперечным, а не с продольным ходом лигатур, что повышает эффективность борьбы с кровотечением. Как и при других способах наложения компрессионных гемостатических швов, иногда возникают трудности с дозированием нагрузки при затягивании нитей — возможно их послабление или прорезывание, что снижает эффективность.

Шов по Радзинскому—Рымашевскому

Отечественные специалисты также добились определённых успехов в поиске эффективных способов остановки послеродовых кровотечений. Об одном из них мы уже рассказали в предыдущем материале (см. статью «Кто был первым?» на с. 83). В 2008 году проф. В.Е. Радзинским, А.Н. Рымашевским и соавт. была разработана и запатентована авторская методика наложения компрессионного гемостатического

шва¹⁶. Суть технологии состоит в следующем: от дна матки к нижнему сегменту накладывают один за другим три циркулярных шва, содержащих по две нити рассасывающегося материала. Расстояние между швами должно быть равным и составлять 5—7 см. Иглу проводят через бессосудистые зоны брыжек маточных труб и широких связок, не

травмируя ткань матки. Сначала следует затянуть **по одной нити** в каждом из швов, а через 5—8 мин после повышения тонуса — завязать **вторые** нити, создавая тем самым дополнительную компрессию тела матки (см. инфографику). В послеоперационном периоде орган сокращается до физиологического размера. Наложённые швы «провисают», нивелируя тем самым компрессию матки. В ней восстанавливается физиологический интрамуральный кровоток.

Для выполнения шва рекомендовано использовать нити из рассасывающегося синтетического материала длиной 50 см на колющей игле. Следует отметить, что чем толще нить, тем лучше, однако в этом случае её сложно продеть в иглу, а протягивание через мезосальпинкс чревато прорывом тканей (пилящий эффект) и кровотечением. В связи с этим предпочтительнее использование размера 2 USP.

Способ был апробирован у 21 родильницы с развившимся гипотоническим маточным кровотечением в родильных отделениях Ростова-на-Дону. У всех пациенток послеоперационный период протекал благоприятно, осложнений и рецидивов не отмечали.

Как заявляют авторы, этот способ обладает рядом преимуществ¹⁶:

- простотой исполнения — без наложения швов в двух взаимно перпендикулярных плоскостях;
- малой травматичностью — нити проводят в бессосудистых зонах связок, подвешивающих маточные трубы и широкие маточные связки, ткань матки не повреждается;

[Бинтование матки позволяет достичь продолжительного и равномерного давления без вреда для неё. К тому же эту процедуру легко могут выполнить даже хирурги без большого практического опыта.]

- перспективой использования как после родоразрешения через естественные родовые пути, так и после абдоминального при любом виде разреза на матке;
- снижением интенсивности общей кровопотери;
- возможностью выполнения дополнительной компрессии сократившейся матки и предотвращения развития рецидивного кровотечения из полости органа;
- вероятностью использования вместе с другими способами органосохраняющих вмешательств при гипотонических кровотечениях (перевязка и эмболизация магистральных сосудов, питающих матку).

Эволюция в остановке кровотечений

Нельзя не рассказать ещё об одном способе управления акушерскими кровотечениями — **эластической компрессии матки**. Однако примеров использования этого метода пока очень мало, хотя в иностранных источниках (PubMed) есть публикации, посвящённые этой теме¹⁷. Исследователи новой методики предполагают, что она может стать альтернативой другим компрессионным процедурам, позволив не только минимизировать кровопотерю, но и избежать более инвазивных оперативных вмешательств и гистерэктомии.

В чём же заключается суть метода? Исследователи из отделения акушерства университетской больницы Цюриха (Швейцария) описали это так¹⁷. У трёх женщин при гипотонии матки после кесарева сечения вместо бимануальной компрессии использовали обёртывание матки эластичным стерильным бинтом (ширина 10 см, длина 5 м): доставали орган из брюшной полости и бинтовали его от дна до перешейка. Яичники обходили, откладывая их в сторону. Если

избежать этого было невозможно, то с целью поддержания кровоснабжения этих органов и фаллопиевых труб их обёртывали менее туго. Общее время манипуляции — около 30 сек. При уменьшении кровотечения и хорошем тонусе матки при пальпации повязку удаляли и завершали хирургическую процедуру. В случае сохранения атонии после снятия бинта матку продолжали бинтовать до тех пор, пока не удавалось добиться её сокращения. Перед окончанием операции кесарева сечения повязку снимали полностью. Две пациентки покинули больницу через 3–4 дня, третья — через неделю, что было связано с неонатальными причинами.

Стоит отметить, что при компрессии матки двумя руками давление по всему органу может распределяться неодинаково либо его трудно эффективно поддерживать в течение длительного времени. Альтернативный метод — обёртывание матки — позволяет достичь продолжительного, постоянного и **равномерного давления** без вреда для неё. К тому же это **недорогая процедура** (нужен только стерильный эластичный бинт) и её легко могут выполнить даже хирурги без большого практического опыта.

Однако и у метода бинтования есть недостатки. Например, в некоторых клинических ситуациях трудно решить, **насколько долгой должна быть компрессия** матки, поскольку после снятия повязки тонус миометрия может снова уменьшиться. Вторая сложность — в **определении интенсивности обёртывания**: слишком тугое оборачивание, особенно в течение длительного времени, может нарушить циркуляцию крови в матке, яичниках и маточных трубах. Хотя авторы утверждают, что в трёх описываемых случаях бинтование даже в течение 75 мин (у одной из пациенток) не привело к каким-либо побочным эффектам. Исследователи уверены, что новый метод может стать успешным способом управления маточной атонией при кеса-

ревом сечении и заменить более инвазивные оперативные процедуры.

Российские специалисты тоже начали использовать новый метод. Об этом ещё в 2016 году рассказывал проф. А.В. Михайлов (Санкт-Петербург) на конференции «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» в Сочи. Принцип выполнения — такой же, как описано выше, с той лишь разницей, что наши коллеги «обмотанную» матку кладут в стерильный полиэтиленовый пакет и оставляют в таком положении до прибытия сосудистого хирурга. Главная задача этой манипуляции — сдавить сосуды: на этом этапе кровотечения не будет, и это позволит выиграть время. Проф. Михайлов отметил, что использовать эластическую компрессию необходимо **в экстренных ситуациях**: при ожидании приезда более опытного врача или в случае последующей транспортировки. Дальнейшие действия — вызов сосудистого хирурга для перевязки подвздошных артерий, оценка объёма кровопотери и перерасчёт объёма и состава трансфузионной терапии.



«Нитью Ариадны» называют средство или тактику, помогающие решить какой-либо тяжёлый, запутанный вопрос или выйти из затруднительного положения. Помогут ли органосохраняющие методики — компрессионные швы и эластическая компрессия матки — улучшить ситуацию с акушерскими кровотечениями? Перспективы у этих методов однозначно неплохие, и их применение **целесообразно и высокоэффективно**. Так, ещё в 2007 году Британский институт акушерства и гинекологии опубликовал свою оценку результативности консервативных способов лечения послеродовых кровотечений: баллонная тампонада — 84%, перевязка внутренних подвздошных артерий — 84,6%, эмболизация маточных артерий — 90,7%, маточный компрессионный шов — 91,7%¹⁸. Однако определяющими факторами для хороших результатов должны быть **своевременность вмешательства и мастерство врача**. **SP**

Библиографию см. на с. 114–118.