

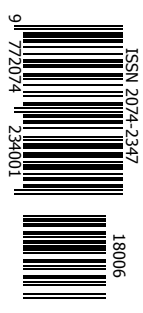
Status Praesens

гинекология акушерства бесплодный брак

#4 [49] 09 / 2018 / StatusPraesens

Контраверсии будущего

тема
№



Футурология в инфектологии: гадаем или предугадываем? • Почему умирают доношенные дети? От взаимных упреков к действиям • Рак шейки матки как следствие «иммунной слепоты» • Механизм адгезии лактобактерий: «якоря» и «застёжки» микробиоты • Синдром Ашермана: запутанная история • Молочные железы — скрининг обязателен! • 4П-медицина: философия будущего • Клислучай: успешные роды после перенесённого рака вульвы



Уважаемые коллеги!

Проблемы здравоохранения — **главные «болевы́е точки»** в каждом регионе, и их решение зависит от эффективности работы как руководителей медицинских организаций, так и каждого конкретного специалиста. В Тульской области **медико-демографическая ситуация** остаётся довольно сложной уже на протяжении нескольких лет: за первое полугодие текущего года в области родилось 6144 человека, а умерло — 12 427. Отчасти такая ситуация обусловлена снижением числа больниц и ФАПов, острой нехваткой квалифицированных кадров.

Однако есть и повод для гордости: **младенческая смертность** в области снизилась почти в 2 раза и на сегодняшний момент составляет 3,2 на 1 тыс. живорождённых. Такого показателя удалось достичь благодаря внедрению в региональном здравоохранении **трёхуровневой системы** оказания акушерско-гинекологической помощи и мониторингу беременных, оснащённости учреждений родовспоможения современным оборудованием.

Медицинскую помощь женщинам и новорождённым в регионе оказывают специалисты двух акушерских стационаров III уровня, четырёх акушерских отделений II уровня и трёх — I уровня, 16 гинекологических отделений многопрофильных больниц, 24 женских консультаций и одного Центра планирования семьи. Большой вклад в обеспечение области профессиональными кадрами внесло открытие в 2007 году **Медицинского института** в составе Тульского государственного университета.

Перед акушерами-гинекологами стоят непростые вызовы, требующие новых знаний, — это проблемы беременности и родов в позднем репродуктивном возрасте, более широкое применение ЭКО, профилактика мертворождаемости и онкологических заболеваний, лечение гиперпластических процессов. Найти ответы на множество конкретных вопросов, узнать новое нам всем помогает участие в научно-практических мероприятиях и чтение профессиональной литературы. Журнал, который вы, коллеги, держите в руках — один из таких надёжных **источников знаний**.

Желаю читателям здоровья и успехов!

Засл. врач РФ, член правления
Российского общества акушеров-гинекологов,
доц. кафедры акушерства и гинекологии Медицинского
института Тульского государственного университета,
канд. мед. наук **Н.Н. Гранатович***

* Нина Николаевна Гранатович более 27 лет возглавляла акушерско-гинекологическую службу Тульской области, трудилась на посту зам. главного врача Тульского областного перинатального центра, автор более 50 научных работ, в том числе по вопросам анализа причин материнской смертности, опытный практикующий специалист и педагог, с 2008 года — засл. врач РФ.

Status

гинекология акушерство

#4 [49]

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Рагзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

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

Арт-директор: Лина Разгулина

Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов

Заместители редакционного директора: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская,
Хильда Юрьевна Симоновская, Ольга Александровна Быкова

Аппарат ответственного секретаря редакции: Мария Викторовна Кириченко, Надежда Михайловна
Васильева, Татьяна Алексеевна Николаева

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, Юлия Якименко, Кристина
Касабова, Сергей Дьяконов, Валерия Строгонова, Анастасия Старовойтова, Елена Акулина, Дарья Костылева

Препресс-директор: Наталья Лёвкина

Выпускающий редактор: Марина Зайкова

Вёрстка: Юлия Скуточкина, Галина Калинина

Инфографика: Вадим Ильин, Роман Кузнецов, Альфия Сидельникова, Елена Шибяева, Лидия Веллес

Корректоры: Елена Соседова, 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 000 «Статус презенс» 1105082, Москва, (Спартакский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется 000 «Медиабюро Статус презенс» 1105082, Москва, (Спартакский пер., д. 2, стр. 1), подъезд 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 26 000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 31 августа 2018 г. / Адрес и телефон редакции: 1105082, Москва, (Спартакский пер., д. 2, стр. 1), бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 1105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: status@praesens.ru. Отпечатано в АО «ПК «Пушкинская площадь». Адрес: 1109548, Москва, ул. Шоссе́нная, д. 40 / Приланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Разгулина, фото на обложке: © Kofin / Shutterstock.com. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, Фотобанк Лори, ТАСС фото, Depositphotos.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

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

raeesence

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Рагзинский 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)
Кузлавский 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)
Сахаутдинова 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 беларусь

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

Будущее важнее прошлого

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Рагзинский
о медицине настоящего и будущего

12

НОВОСТИ

15

МЕДПОЛИТ

Роддом-на-Дону

Интервью с главным внештатным специалистом неонатологом Минздрава России в Южном федеральном округе, докт. мед. наук Валерием Александровичем Буштыревым

Иванов А.В.

Кадровая проблема стоит крайне остро: опытных специалистов высокого уровня остаётся с каждым годом всё меньше, количество молодых врачей «трудоемких» специальностей (анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов) тоже невелико. Выпускники медицинских вузов предпочитают более спокойную работу, например УЗИ. Одновременно из-за постоянно возрастающего (и всё менее обоснованного) юридического прессинга врачи выбирают учреждения II уровня.

22

Недоадминистративный ресурс

Междисциплинарный обзор проблемы перинатальной смертности доношенных детей

Иванов Д.О., Рагзинский В.Е., Петренко Ю.В., Костин И.Н.,
Фёдорова Л.А.



Чтобы правильно выбрать направление усилий, нужно хорошо представлять себе реальную картину, однако официальная статистика отражает её далеко не всегда. Одна из наиболее распространённых манипуляций — «перекидывание» сведений о погибших недоношенных в категорию «поздний выкидыш», широко распространённая до принятия новых критериев рождения в 2012 году. Неоднократные (и не очень успешные) попытки пресечь такие действия предпринимались ещё во времена СССР. А сегодня сомнения в достоверности вызывает число зарегистрированных гнойно-септических инфекций.

31

УГОЛОК ЮРИСТА

#яжемать #имеюправо

Интервью с генеральным директором компании
«Факультет медицинского права» Полиной Георгиевной Габай

Иванов А.В.

37

ЛЕХТ-ПРОСВЕТ



Глядя в будущее

На пути к внедрению персонализированной медицины
Рагзинский В.Е., Раевская О.А., Ипастова И.Д.

Медицина будущего нацелена в первую очередь на поддержание здоровья (вместо фокуса на лечении), комплексную оценку состояния организма (вместо определения единичных показателей) и персонализированный подход к терапии (взамен универсальных препаратов). Прогнозирование, профилактика, персонализация и партисипативность — они лежат в основе предложенной Лероем Худом концепции 4П-медицины, которую сегодня часто используют в качестве синонима персонализированной медицины.

44

«Якорь» и «молния» для микробиоты

Взаимодействие лактобацилл с вагинальным эпителием —
механизмы адгезии
Савичева А.М., Лищук О.В.

51

VIA SCIENTIARUM

Синдром со многими неизвестными

Новое в патогенезе СПКЯ и лечебных стратегиях
Густоварова Т.А., Бриль Ю.А.

60



Великая немая

Лечение неосложнённых инфекций мочевых путей в эру
антибиотикорезистентности
Ордянец И.М., Дьяконов С.А.

Каково значение неосложнённых ИМП для акушера-гинеколога? Их можно причислить к «женским болезням» — прекрасный пол страдает циститом и пиелонефритом гораздо чаще, чем мужчины. Врачи сталкиваются с этими заболеваниями в таких принципиально различных ситуациях, как ведение беременности или оказание гериатрической помощи. Следует помнить и о том, что, по современным представлениям, микробиому влагалища принадлежит ключевая роль в патогенезе ИМП и потеря лактофлоры повышает риск мочевых инфекций.

69

ПОСТАНТИБИОТИКОВАЯ
ЭРА

Вирус — друг иммунитета?

Что мы знаем об иммуномодулирующем действии
бактериофагов?
Климова О.А., Корикова Т.В.

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

77

ЧТО
И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Кто не рискует, тот... правильно делает

Женщины с противопоказаниями к эстрогенсодержащим гормональным контрацептивам: безопасность на первом месте

Колода Ю.А., Ипастова И.Д.

84



Долгожителство: всё включено

Возрастные изменения кожи как один из аспектов климактерия. Что противопоставить?

Овсянникова Т.В., Быкова О.А.

В целом старение кожи представляет собой закономерную, эволюционно обусловленную биологическую программу, реализация которой происходит на молекулярном, клеточном, тканевом и системном уровнях, а результатом становится снижение резерва защитных свойств. Сегодня исследователи рассматривают несколько основных механизмов появления возрастных изменений кожи — хронобиологическое старение, фотостарение и гормональные изменения.

91

ТЕХНОБУДУЩЕЕ

Око цервикальной диагностики

Современные способы визуализации в гинекологии

Бриль Ю.А., Рябинкина Т.С.

99

ДИСКУССИОННЫЙ
КЛУБ

Футурология в репродуктивной инфектологии

Вагинальные инфекции: что нас ждёт в будущем?

Обоскалова Т.А., Раевская О.А., Лищук О.В.

Были ли подобные свойства у палочек Додерлейна раньше? Или лактобактерии, как и многие микроорганизмы, мутировали, приспосабливаясь к меняющейся окружающей среде? Нет ли в этом закономерного ответа на терапевтические манипуляции, агрессивное стремление добиться стерильности половых путей? Вряд ли мы теперь сможем найти ответы на эти вопросы, однозначно лишь одно — необходимо менять критерии оценки влагалищных мазков.

106

Эндометриоз — время новостей

Современные данные о патогенезе и ведении эндометриоза

Коренная В.В.

Характерные черты пери- и постменопаузального эндометриоза — развитие экстрагенитальных гетеротопий, провоцирующих стенозы и обструкции, и неудивительно, что в большинстве случаев таким пациенткам рекомендуют хирургическое лечение.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

113 CONTRA-VERSION



Обновление антивируса

Иммунные нарушения в патогенезе дисплазии шеечного эпителия и возможности их коррекции

Тихомиров А.Л.

Исследователи подчеркнули, что, учитывая возможную роль влагиаличного дисбиоза в развитии цервикальных неоплазий, нарушениям микрофлоры влагиалища (в частности, бактериального вагиноза) следует уделять гораздо большее внимание, чем традиционно принято. Однако все ли нарушения вагинальной микрофлоры провоцируют CIN в равной степени? Неясным также остаётся вопрос: почему цервикальная неоплазия при ВПЧ-инфекции развивается лишь у части женщин с БВ?

121 BACK-UP

Успеть до менопаузы!

Оздоровление женщин позднего репродуктивного возраста: профилактические и терапевтические возможности микродозированных КОК

Тихомиров А.Л.

129 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

Вовремя было вчера...

РМЖ: скрининг, ранняя диагностика, лечение
Дьяконов С.А., Костылева Д.Ф., Иванов А.В.

134



Спайки преткновения

Особенности хирургического лечения и профилактики внутриматочных синехий

Дёмина О.А., Мартынова М.А., Дьяконов С.А.

Лечение синдрома Ашермана направлено на восстановление размеров и формы полости матки, нормализацию менструального цикла и репродуктивной функции, а также на профилактику рецидива спаек. Методом выбора в настоящее время считают гистерорезектоскопию с использованием монополярного или биполярного электрода, что уменьшает риск перфорации органа и повреждения базального слоя эндометрия. К тому же операцию можно многократно выполнять при рецидивах.

141 CASUISTICA

Верить в чудо

Роды после перенесённого рака вульвы

Савец В.В., Важенин А.В., Мухин А.А., Жаров А.В.

144 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

будущее важнее прошлого

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Рагзинский
о медицине настоящего и будущего



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

По прогнозам Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам, всего через 12 лет число людей на Земле **увеличится на миллиард***. Отчасти это обусловлено ростом **продолжительности жизни**, отчасти — высокой рождаемостью в беднейших регионах. В то же время эксперты подчёркивают, что даже в Африке **коэффициент фертильности упал** с 5,1 в 2000–2005 годах до 4,7 в 2010–2015 годах. Конечно, на этом фоне Европа выглядит совсем бледно — здесь на 10 женщин приходится всего 16 новорождённых, а 60-летний рубеж перешагнули уже 25% граждан. Однако факт остаётся фактом: снижение воспроизводства населения характерно не только для развитых стран, это **мировой тренд**. С чем это связано и, главное, как отразится на нашей с вами профессиональной деятельности?

Лет 7–8 назад интернет взорвала новость — фонд Билла и Мелинды Гейтс целенаправленно работает над снижением численности населения развивающихся стран. Правда, довольно быстро выяснилось, что это утка: исходя из того, что высокая рождаемость была связана, как правило, **не со стремлением иметь много детей**, а с огромной смертностью от инфекций, миллиардер занялся производством инновационных вакцин, вложив в проект \$6 млрд**. И однажды публично посетовал, что выживших стало в разы больше, а **репродуктивное поведение** родителей изменилось мало***. Как видим, он просто немного поторопился...



Поведение людей **радикально изменилось**, и возврат к прошлому скромному образу жизни не предвидится! Сухая статистика (средний возраст начала половой жизни — 16 лет, а первых родов — 28 лет) говорит о необратимом (хотя и не до конца осознанном) **превращении репродуктивного здоровья в нездоровье**. Сколько половых партнёров, аборт, инфекционных и соматических болезней будет на счету у женщины к 28 годам? А если ещё и принять во внимание **сахарный диабет и ожирение** — разрушительный «тайфун» XXI века, для обозначения которого даже предложен новый термин **metabesity******...

Нам придётся смириться с необходимостью лечить, родоразрешать и готовить к следующей гестации **заведомо больных женщин**. Принципиальный момент: при ведении пациенток с осложнениями беременности, связанными с экстрагенитальными болезнями, ни в коем случае **не нужно подменять узких специалистов!** Но знать патогенез таких состояний и потенциальные риски проводимой терапии мы обязаны, чтобы **предотвратить нежелательные последствия** для женщины и ребёнка!

* URL: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf.

** URL: <http://www.forbes.ru/tehn/meditsina/76718-bill-geits-esli-ne-udastsya-snizit-smernost-na-80-my-ploho-rabotaem>.

*** URL: https://www.ted.com/talks/bill_gates/transcript?language=en.

**** Всемирный конгресс Metabesity прошёл в Лондоне в октябре 2017 года.



Казалось бы, жизнеобеспечение всех людей на Земле **не требует такого большого количества работников**, как раньше: в мире производят достаточно еды. Однако есть и голод, обусловленный неравномерным распределением ресурсов, и традиции, диктующие, что детей должно быть много. Характерной чертой нашего времени стала **массовая миграция**: молодёжь не готова дожидаться, когда условия жизни на родине станут приемлемыми, и уезжает туда, где сытнее, безопаснее и перспективнее. И это не столько отражение особой гуманности лидеров Евросоюза, куда хлынул поток беженцев, сколько общая тенденция, которая напрямую **касается и нашей страны**.

Хочется процитировать председателя Комиссии по социальным и культурным проблемам глобализации РАН А.И. Неклесса: «Глобальная индустриализация, демократизация, деколонизация, наличие современных транспортных средств, устройств и услуг, обилие и разнообразие коммуникаций, их ценовая доступность, скорость и универсальность распространения информации резко повысили интенсивность и объём взаимодействий, **отменяя пространственные разграничения**. Государственные границы становятся менее значимыми, проницаемыми, постепенно исчезая с карт повседневности». Что это значит для акушеров-гинекологов? Теперь нам всё чаще придётся иметь дело с пациентками, которые совершенно **по-другому относятся к своему репродуктивному здоровью**, чем мы привыкли.



Одно из следствий трансграничного распространения технологий — появление **людей нового типа**. Многие родители обращают внимание на то, с какой лёгкостью маленькие дети пользуются ноутбуком, планшетом и смартфоном

(и никто их этому не учил!). Даже школьник младших классов **умеет найти** в интернете любую необходимую ему информацию — и незнание иностранных языков не становится для него препятствием. Чрезвычайно рациональный подход к решению проблем («**Гугл в помощь!**») позволяет добиваться поставленных целей гораздо быстрее. Порой кажется, что всё связанное с эмоциональными переживаниями — литература, живопись, музыка — отходит на второй план. Какое отношение это имеет к нашей профессии? Самое прямое: у врачей больше **нет монополии на сакральные знания** о здоровье и болезнях. Наши умозаключения и рекомендации будут **проверять и перепроверять** — и надо обладать очень высокой компетенцией, чтобы уметь доказывать свою правоту и обеспечивать приверженность лечению.



Законодательно закреплённый **отказ от патернализма** врача (обязательность информированного добровольного согласия пациентки на любое вмешательство) открыл ящик Пандоры, следствием чего стал **рост числа претензий** к медицинским работникам. С одной стороны, акушеры-гинекологи не стали более защищёнными в случаях, если результаты лечения оказались хуже, чем хотелось. С другой — появилась целая когорта различных экспертов и юристов, **паразитирующих на людском горе** и непреднамеренных ошибках.

Сложность ещё и в том, что избежать возможных негативных последствий проще всего, если действовать строго в рамках официальных инструкций, что вообще-то называют **«итальянской забастовкой»**. Конечно, речь идёт не о том, что можно нарушать обязательные требования: диагноз должен быть сформулирован по МКБ-10, а тактика ведения соответствовать **клиническим рекомендациям**. Но стандартизация медицинской помощи не означает,

что врачу не нужно думать, — напротив, все его действия должны быть очень **хорошо аргументированы**.



Не противоречит стандартизация и **персонализированной медицине**. Расшифровка генома человека, новые данные о микробиоме, изучение протеома и метаболома — уже реальность. Нам только предстоит понять, **как можно применить на практике** эту абсолютно новую информацию о каждой конкретной пациентке (предполагают, что протеом может оказаться полезным для прогнозирования преждевременных родов, а метаболом — для своевременного предупреждения антенатальной гибели). Однако уже сейчас понятно, что тактика выжженной земли в отношении микроорганизмов неверна и вредна, а гинеколог должен разбираться в тонкостях работы **иммунной системы**. Что онкогинекологический скрининг нужно проводить комплексно — все органы женской половой системы гормонозависимы и **патогенез опухолей** различной локализации сходен. Что исторически сложившиеся схемы фармакотерапии должны быть подтверждены данными медицины, основанной на доказательствах, а та же **антибиотикопрофилактика** — **анахронизм**, подобный кровопусканию в Средние века...



Декартовский девиз «Сомневайся во всём!» не только про отсутствие авторитетов и игнорирование былых заслуг лидеров мнения. Технократический оптимизм нового поколения врачей и исследователей (а совершенно фантастические научные достижения дают для этого все основания) не отменяет **критичного отношения к фактам**. Типичный пример — прогнозирование акушерского и **перинатального риска**. Лабораторные и инструментальные исследования, анализ множества параметров организма, компьютерное моделирование — всё это, конечно, замечательно. Но вот **подсчёт баллов**, начисленных в соответствии с достаточно простыми анамнестическими сведениями, оказался гораздо более информативным, не говоря уже о простоте и дешевизне метода. Правда, он эффективен толь-

[В современном мире у врачей больше нет монополии на сакральные знания о здоровье и болезнях. Наши умозаключения и рекомендации будут проверять и перепроверять в сети Интернет.]

ко при условии грамотного применения шкалы риска и обязательном **документировании суммы баллов** на каждом этапе оказания помощи (как до, так и в процессе родоразрешения).



«Самое трудное в жизни врача со стажем 60 и более лет — отказаться от того, что **выглядело незыблемым**». Эти слова принадлежат акад. Г.М. Савельевой — матриарху отечественной репродуктивной медицины, — удостоенной в этом году звания Героя России в день её 90-летия. Давайте вспомним, что из такого «незыблемого» ушло в историю (хотя отдельные **очаги бесмысленного сопротивления** есть, к сожалению, до сих пор). **Квартет анахронизмов**: бритьё лобка и подмышек, очистительная клизма при поступлении, профилактическая дезинфекция половых органов здоровой роженицы, катетеризация мочевого пузыря после родов. Необоснованная госпитализация беременных на ранних сроках при жалобах на боли внизу живота (без кровавистых выделений и ретрохориальной гематомы), а после 18 нед — без подтверждённого при УЗИ укорочения шейки матки. Назначение препаратов с недоказанной эффективностью (и тем более при наличии противопоказаний).

Что, наоборот, пришло? **Совместное пребывание**, грудное вскармливание и максимально **ранняя выписка** из родильного дома матери и новорождённого (здорового — домой, больного — в соответствующее учреждение). Другого пути профилактики групповых вспышек гнойно-септических инфекций мир не придумал! **Обоснованная госпитализация** при высоком риске акушерских и перинатальных осложнений не ранее 38,5–39 нед (исключение — проживающие в отдалённых от родо-вспомогательных учреждений населённых пунктах), при доказанной угрозе преждевременных родов, преэклампсии, нарушениях плацентации, для профилактики перенашивания (с 41 нед). Обсуждение с каждой беременной лечения угрозы невынашивания (реально в этом нуждаются 7–12% пациенток, а получают около 70%).

Эти темы подробно проанализированы во втором издании книги **«Акушерская агрессия. Версия 2.0»**: все долж-

ны осознать необходимость перехода от старого, не имеющего доказательной базы, к новому, **подтверждённому наукой**, признанному во всём мире.



К сожалению, некоторые проблемы остаются нерешёнными, невзирая на усилия учёных и врачей-практиков. Один из примеров — **преэклампсия**. Попытки предсказать и лечить это состояние предпринимались долгие годы, а методы, которые при этом ис-

[**Квартет анахронизмов: бритьё лобка и подмышек, очистительная клизма при поступлении, профилактическая «дезинфекция» половых органов здоровой роженицы, катетеризация мочевого пузыря после родов.**]

пользовали, были иногда самыми экзотическими, вплоть до «не кормить и не поить»! Великий Д.П. Бровкин предложил **магнезиальную терапию** — она позволяет предотвратить судороги. Именно этот метод, найденный эмпирически, позволил за последние 20 лет снизить долю преэклампсии и эклампсии в структуре причин материнской смертности практически вдвое. И он включён в современные **клинические рекомендации** — ничего другого пока у нас нет. Их надо знать наизусть: urgentные состояния не дают времени на долгие размышления.



Люди не нашли другого способа познать мир, кроме **проверки предположений**, многие из которых могут сначала казаться странными. Контраргументы лежат в основе большинства научных открытий и решений, оказавшихся впоследствии правильными. Вот почему так значимы семинары **«Репродуктивный потенциал России»**, проходящие уже 11 лет. Именно здесь мы обсуждаем то, что важно практикующему врачу, ищем ответы на самые злободневные вопросы.

Возьмём, например, **акушерские кровотечения**: на протяжении двух десятилетий их рассматривали с позиций нарушений в системе гемостаза. Однако мировая статистика говорит

о том, что 87% послеродовых кровотечений связано с недостаточной **контрактильностью** матки. И врач должен это учитывать! Другой пример — инфекционные осложнения. Антибиотикорезистентность возвращает нас во времена Земмельвейса. Зная о том, что **акушерская инфекция по воздуху не передаётся**, её источники — руки медицинского персонала, инструментов и предметы ухода, мы добились отмены в 2010 году observationalных отделений и настаиваем на максимально ранней выписке из стационара.

Однако есть чисто **бюрократическое препятствие** — вакцинация против туберкулёза, которую согласно нормативным документам выполняют в роддоме на 3-и сутки. Мировой опыт говорит о том, что никакого смысла дожидаться прививки в стационаре нет. Можно прививать в 1-е сутки, как в Японии (правда, для этого нужна другая вакцина), или делать это после достижения месячного возраста. Можно просто поручить это мероприятие участковым педиатрам. Любое из этих решений позволило бы не только **снизить риск** госпитальной инфекции, но и более эффективно использовать акушерские койки. Тем не менее воз и ныне там...



Бывает, что предлагаемые **изменения**, которые могут привести к **лучшим результатам** и не требуют особых затрат, не сразу находят сторонников. Кому-то не хватает времени, чтобы вникнуть в суть идеи, кто-то остаётся во власти привычки. Нужны **свободные обсуждения**, аргументы, а не эмоции. Журнал, который вы держите в руках, предлагает новый взгляд на многие проблемы: читайте, думайте, **высказывайте свою точку зрения!** Успехов на пути в будущее! **SP**



недоадминистративный ресурс

Междисциплинарный обзор проблемы перинатальной смертности доношенных детей



Авторы: проф. Дмитрий Олегович **Иванов**, главный внештатный специалист неонатолог Минздрава России, и.о. ректора Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, руководитель рабочей группы «Здоровый ребёнок» Координационного совета при Правительстве РФ по формированию национального плана действий в рамках Десятилетия детства (Санкт-Петербург); проф. Виктор Евсеевич **Радинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов (Москва); канд. мед. наук Юрий Валентинович **Петренко**, главный внештатный специалист неонатолог Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе (Санкт-Петербург); докт. мед. наук Игорь Николаевич **Костин**, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН (Москва); доц. Лариса Арзумановна **Фёдорова**, зав. кафедрой неонатологии и неонатальной реаниматологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования СПбГПМУ (Санкт-Петербург)

Статистика **не подтверждает** распространённое мнение о том, что уровень перинатальной смертности (ПС) чуть ли не полностью определяется гибелью **недоношенных**: их доля составляет лишь около **половины всех случаев** в структуре ПС¹, да и число таких детей не превышает 5,9% новорождённых². С чем же связана **смерть остальных**? Попытки разобраться в **структуре причин** и повлиять хотя бы на те, которые относят к «управляемым», продолжаются не первый год, в том числе в ходе дискуссий на конференциях SP. Акушеры-гинекологи и неонатологи признают, что эта проблема — **междисциплинарная, сложная и многофакторная**, а взаимные упреки — весьма обидные. Почему же воз и ныне там?

2015 года РФ триумфально вошла в число государств, выполнивших одну из «целей тысячелетия в области развития» для стран-членов ООН³ — **сокращение смертности** детей в возрасте до 5 лет на 2/3 по сравнению с 1990 годом. За указанный период этот показатель снизился с 22 до 8‰⁴, коэффициент младенческой смертности — с 17,4 до 6,5‰, а перинатальной — с 17,94 до 8,29‰².

Положительная **динамика** не подлежит сомнению, однако достигнутый уровень всё равно намного **выше, чем во многих европейских странах**⁵. Так, в 2016 году младенческая смертность 3‰ была зарегистрирована в Германии, Франции, Нидерландах, Австрии, Бельгии, Чехии, Италии, Испании, Греции, Португалии и Беларуси. А, например, в Норвегии, Швеции, Финляндии, Исландии, Эстонии и Словении этот показатель составил и вовсе 2‰⁶. **Что же такое они делают**, чего никак не удаётся достичь нам?

Стартовые условия

Анализируя факторы, влияющие на ПС, нужно признать, что в их числе есть те, **корректировать которые врач не может**. Так, по данным, представленным главным внештатным неонатологом Минздрава Свердловской области, канд. мед. наук Еленой Владимировной **Долгих** (Екатеринбург)*, все женщины, потерявшие ребёнка до родов или в течение первых 7 сут после них, имели **отягощённый анамнез** (соматический, инфекционный или акушерско-гинекологический); треть таких рожениц **злоупотребляли алкоголем и курили**. К выполнению врачебных предписаний эти пациентки относились не слишком внимательно: каждая пятая (18%) вообще **не наблюдалась** в женской консультации, 30% встали на учёт по беременности со значительным опозданием, 70% пропускали назначенные визиты и **не выполняли полученные рекоменда-**

* Доклад «Младенческая смертность доношенных детей: проблемы постнеонатального периода» в рамках научной программы III Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от преградившей подготовки к здоровому материнству и детству» (9–11 февраля 2017 года, Санкт-Петербург).

ции. Общая статистика в отношении **социально неблагополучных семей** весьма тревожная: в 18% из них регистрируют смерть ребёнка до года, а за 78% детей не обеспечен надлежащий уход.

Конечно, описанные факторы находятся в сфере профессиональных интересов не медицинских работников, а органов опеки и попечительства (или даже полиции). Однако, хотя **неуправляемые причины** (низкий социальный статус, старший репродуктивный возраст и отягощённый анамнез женщины, наследственные и спорадические мутации у ребёнка) очень важны, их наличие вовсе не означает, что они обязательно приведут к гибели младенца. Многое зависит от **действий или бездействия** медицинских работников.

[Полноценную гигиеническую обработку рук проводят лишь 47% медработников (но 84% из них правильно применяют перчатки), а число прикосновений к новорождённому варьирует от 54 до 78 в сутки.]

Общие «вредные привычки»

Чтобы правильно выбрать направление усилий, нужно хорошо представлять себе **реальную картину**, однако официальная статистика отражает её далеко не всегда. Одна из наиболее широко распространённых **манипуляций** до принятия новых критериев рождения в 2012 году — «перекидывание» сведений о погибших недоношенных в категорию «поздний выкидыш» (до 28 нед гестации; масса тела менее 1000 г). Неоднократные (и не очень успешные) попытки **пресечь такие действия** предпринимались ещё во времена СССР⁷. Масштабы подлогов в данном вопросе стали очевидны при переходе к **новым критериям живорождения** согласно Приказу №1687 в 2012 году. С опорой на подаваемую из регионов статистику «выкидышей массой 500–999 г», показывавшую в 2002 году 22,7‰ (с постепенным снижением до 13,8‰), в рамках нового учёта закономерно ожидали увеличения показателя перинатальной смертности **примерно до 14%**. Неожиданно в 2012 году он со-

ставил ровно 10‰ и далее стабилизировался на этом уровне. Очевидно, что «недостающие» 4‰ — те самые ранее «перекидывавшиеся» между статистическими коридорами дети. Ошибка в расчётах — **более четверти показателя!**

Сознательное **искажение отчётов**, к сожалению, обычная практика, однако это не делает её безобидной: фальсификации не позволяют принимать адекватные **управленческие решения**. При этом ужесточение ответственности вряд ли что-то даст: «цифры прячут» как раз для того, чтобы избежать наказания. Напротив, необходимо **исключить** какие-либо санкции за **правдивое отражение** реальных показателей, а для выявления проблем проводить не разовые проверки, а постоянный мониторинг «зон риска».

В качестве примера такого подхода можно вспомнить опыт развитых стран по обеспечению правильной **обработки рук** медицинским персоналом. Её значимость трудно переоценить — это основной путь передачи **инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи** (ИСМП). По данным ВОЗ⁹, их регистрируют у 5–15% пациентов стационаров (в том числе 9–37% — в отделениях реанимации и интенсивной терапии) в развитых странах; эти осложнения становятся непосредственной **причиной смерти** 50 тыс. человек в год. В Европе ИСМП вынуждают страховые компании нести дополнительные расходы в размере €13–24 млн, а в США такой ущерб оценивают в \$6,5 млрд.

В американском исследовании, проведённом в 17 отделениях интенсивной терапии¹⁰, была продемонстрирована «сила убеждения» **без применения каких-либо санкций** к нарушителям. В процессе видеонаблюдения, которое продолжалось в течение 16 нед, было установлено, что моют руки перед входом в палату и при выходе из неё **не более 10%** специалистов. После того как врачам сообщили о результатах контроля, пра-

[Поскольку надежды на электронные методы контроля состояния плода (КТГ и др.) не оправдались, эксперты EAGO рекомендуют использовать в рутинной практике шкалы для оценки перинатального риска.]

вильно обрабатывали руки уже 81,6%, а через 75 нед — 87,9% из них.

Стоит отметить, что, помимо убеждения и обучения правильной технологии обработки рук (в том числе после использования мобильного телефона или компьютера), существуют и **технические решения**. Например, **диспенсеры-контроллеры**, которыми оснащены отделения, не позволяют открыть дверь из помещения прежде, чем будет выдана порция дезинфицирующего геля, а **грамотно спланированная навигация** по больнице исключает излишние перемещения персонала, пациентов и посетителей.

Что касается нашей страны, то, по информации зам. главного врача клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Ольги Геннадьевны Сороки*, полноценную **гигиеническую обработку рук проводят лишь 47%** медработников (правда, 84% сотрудников правильно применяют стерильные медицинские перчатки). При этом окошки инкубатора с целью «посмотреть, поправить» (не контактируя с пациентом) открывают за сутки от 12 до 26 раз, а число прикосновений к новорождённому варьирует от 54 до 78. Очевидно, что в такой ситуации нужны комплексные меры, направленные не только на выполнение санитарных норм, но и на **оптимизацию алгоритмов работы** в целом.

Есть ещё одна «универсальная» проблема, способная значительно ухудшить прогноз для здоровья и жизни новорождённого, — **использование лекарственных средств с недоказанной эффективностью** и полипрагмазия. Согласно Приказу Минздрава России №575н¹, одна из задач клинического фармаколога — взаимодействие с врачами в целях повышения **результативности и безопасности фармакотерапии** (а при одномоментном назначении пяти препаратов и более либо свыше десяти при курсовом лечении его консультация обязательна). В то же время частота использования **окситоцина в родах** — на фоне чего формируется ги-

поксия плода — составляет 45–60%**.

Стоит напомнить, что по рекомендациям ВОЗ «родовая деятельность может протекать медленно, пока маточный зев не раскроется на 5 см. Тем не менее, если состояние матери и плода приемлемо, медицинское вмешательство для ускорения родов (например, введение окситоцина или кесарево сечение) не рекомендуется до достижения этого порога»¹².

Мяч на стороне акушеров

Известный факт: в XXI веке заметно вырос средний возраст первобеременных (28 лет), у которых имеются различные экстрагенитальные и гинекологические заболевания, что в свою очередь закономерно сказалось на частоте **осложнённых гестаций и родов**. Однако это не привело к массовому распространению вполне очевидной профилактической меры — **прегравидарной подготовки (ПП)**. И хотя во многом это связано с тем, что большинство зачатий в России происходит незапланированно, есть здесь и **недоработка акушеров-гинекологов**.

Согласно бюллетеню ВОЗ «Политика преемственной подготовки»¹³, преемственная консультация необходима **всем женщинам репродуктивного возраста** при любом визите к акушеру-

гинекологу, если пациентка не использует надёжную контрацепцию либо не возражает против наступления беременности (не собирается её прерывать). Системно проводимая ПП не только отражается на судьбах конкретных супружеских пар, но и **влияет на популяционные показатели**, снижая распространённость хромосомных аномалий (включая синдром Дауна) и врождённых пороков развития (ВПР), сформировавшихся на фоне дефицита фолатов и других микроэлементов (йода, железа и др.), а также перинатальную заболеваемость и смертность^{14–19}. Актуальные рекомендации по срокам, объёмам и особенностям проведения ПП обобщены в **клиническом протоколе** Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)²⁰.

Ещё одна важная проблема, связанная с ПС, — **несвоевременная диагностика ВПР**. Ситуация напоминает перебрасывание горячей картошки друг другу: неонатологи традиционно обвиняют акушеров-гинекологов в невнимательности, а те ссылаются на необязательность пациенток в вопросах явки на приём.

В то же время, согласно данным МОНИИАГ, представленным проф. Нисо Джумаевной **Одинаевой*****, у беременных, вовремя пришедших на первый пренатальный скрининг, выявляют **лишь четверть фактически имеющихся** врождённых пороков сердца плода. В результате дети с ВПР появляются на свет в учреждениях более низкого уровня, чем необходимо, и иногда перегоспитализация, всегда сопряжённая с дополнительными рисками, оказывается фатальной.

Выход очевиден: каждый акушер-гинеколог должен владеть хотя бы **базовыми навыками УЗИ****** и иметь возмож-

* Доклад «Инфекционный контроль в отделении анестезиологии и реанимации новорождённых. Взгляд среднего медицинского персонала» в рамках научной программы III Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от преемственной подготовки к здоровому материнству и детству» (9–11 февраля 2017 года, Санкт-Петербург).

** Доклад закл. деятеля науки РФ, члена-корр. РАН, проф. Виктора Евсеевича Радзинского «Акушерская агрессия: уроки преодоления (штрихи)» в рамках научной программы III Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от преемственной подготовки к здоровому материнству и детству» (9–11 февраля 2017 года, Санкт-Петербург).

*** Доклад «Смертность доношенных новорождённых: мифы и реальность. Что делать дальше?» в рамках научной программы III Общероссийской конференции «Контраверсии неонатальной медицины» (10–12 сентября 2016 года, Сочи).

**** В рамках XI Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (8–11 сентября 2018 года, Сочи) запланированы школы «УЗИ в акушерстве и гинекологии. Step 1. Базовый экспресс-курс для врача первичного звена» и «УЗИ в пренатальной диагностике. Step 2. Вышший пилотаж от экспертов мирового класса» (подробности — на сайте praesens.ru).

ПОЧЕМУ УМИРАЮТ ДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ?



ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

1 «МАТЕРИНСКИЕ» ПРИЧИНЫ
Старший репродуктивный возраст; отягощённый анамнез; низкий социальный статус.

НЕУПРАВЛЯЕМЫЕ ФАКТОРЫ

2 ОСОБЕННОСТИ ПЛОДА
Генетические мутации; хромосомные аномалии.

1 «МАТЕРИНСКИЕ» ПРИЧИНЫ
Курение; злоупотребление алкоголем; отсутствие прегравидарной подготовки; несоблюдение сроков обследования.

2 ОСОБЕННОСТИ ПЛОДА
Врождённые пороки развития и спорадические мутации, ассоциированные с фолатдефицитом

3 НЕДОСТАТКИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Недостоверность учёта и отчётности; несоответствие учреждений I и II уровней установленным требованиям*; нарушение санитарных норм медперсоналом (в т.ч. правил обработки рук); агрессивная тактика; полипрагмазия.

УПРАВЛЯЕМЫЕ ФАКТОРЫ

4 НЕВЕРНЫЕ ДЕЙСТВИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
Неназначение прегравидарной подготовки; ошибки диагностики ВПР; неверная оценка перинатального риска и несоблюдение схемы маршрутизации.

5 НЕВЕРНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НЕОНАТОЛОГОВ
Несоблюдение клинических протоколов и современных перинатальных технологий; неадекватность реанимационных мероприятий; избыточная транспортировка новорождённых; недооценка степени тяжести состояния ребёнка и запоздалый перевод в стационар III уровня.

ВЫВОД: Большая часть факторов, влияющих на уровень перинатальной смертности доношенных, — **управляемые**. Для их модификации необходимы целенаправленные **организационные** усилия, беспристрастный анализ **реальной** ситуации и готовность **менять привычную, но ошибочную практику**.

* Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 года. №921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"».

Прямая речь

Проф. В.Е. Рагзинский: «Нередко руководители, особенно не имеющие медицинского образования, глядя на возрастную структуру младенческой смертности, ужасаются: “Смотрите, больше всего умирают в роддомах!” Действительно, во всех цивилизованных странах не менее 80% младенческой смертности приходится на возраст младше 1 мес, а из них 80% — на первую неделю жизни, т.е. практически неизбежные потери происходят именно в учреждениях родовспоможения!

В нашей стране достигнуты вполне цивилизованные показатели младенческой смертности — о таких ещё 20 лет назад нельзя было и мечтать: официально речь шла о 15,3‰, а экспертные оценки увеличивали цифру примерно вдвое. Однако до настоящего времени у администраторов здравоохранения сохранилась невыполнимая мечта: достичь одинаково низких показателей по всем регионам страны.

Только честные показатели никогда не будут равными в регионах с различными социально-экономическими, климато-географическими, транспортными, организационными условиями жизни. В качестве примера можно привести “Региональную программу снижения материнской и младенческой смертности”, развёрнутую в последние годы существования СССР. Она была основана на учёте региональных различий и глубоком понимании того, что пути снижения этих цивилизационных показателей неодинаковы для Латвии и Таджикистана. Мероприятия дали замечательный эффект, поскольку были точно направлены на преодоление локальных факторов, способствующих материнской и младенческой смертности. А в наши дни любая независимая экспертиза покажет, мягко говоря, искажение отчётности именно по этим основополагающим параметрам».



Доц. Л.А. Фёдорова: «С появлением нашей специальности стремительно развились и продолжают совершенствоваться реанимационные технологии, выхаживание недоношенных. Уже существуют тематические законодательные акты, клинические протоколы, научные исследования. Создана сеть перинатальных центров, специализированных родильных домов и детских стационаров. Но этого недостаточно! Даже в отлично оснащённом стационаре великолепно подготовленным специалистам необходимо ощущать личную ответственность за свою работу — этого “контролёра” не заменят никакие протоколы и аудиты.

Именно ответственность (а вовсе не баллы НМО и прочие инновации новой системы профессионального образования) должна побуждать специалиста учиться, читать, ежедневно совершенствоваться. В этом ему помогут полноценные научно-практические стажировки на клинических базах образовательных центров — надеюсь, когда-нибудь так будет.

Каждый ли специалист системы родовспоможения может сказать, что на своём рабочем месте всегда всё делает правильно и честно? Были ли реализованы полностью требования порядка оказания помощи? Правильно ли проведена первичная реанимация в родзале? Соблюдены ли клинические протоколы? Применил ли врач знания, полученные за годы учёбы, или действовал шаблонно?

Я не упоминаю конкретных специальностей, потому что отношения между акушерами и неонатологами сложны, но это давнее противостояние нужно прекращать. Нонсенс, что акушер диктует неонатологу оценку по шкале Апгар, а тот списывает практически любые нарушения в состоянии ребёнка на последствия родовой травмы! Профессиональное сотрудничество должно быть наконец налажено. Только честные, доверительные и уважительные — командные! — взаимоотношения позволят и в дальнейшем добиваться успеха».

ность оперативно проконсультироваться с экспертами в области пренатальной диагностики — хотя бы дистанционно.

Гипоксия плода — причина почти половины (47%) случаев антенатальной гибели*. Можно лишь постфактум подсчитать, что плацентарная недостаточность имела место при 56,7% беременностей, 47,8% плодов развивались в условиях хронической гипоксии, у 10% из них была задержка внутриутробного роста, у 38,2% произошла декомпенсация в родах.

К сожалению, надежды на электронные методы контроля состояния плода (КТГ и др.) не оправдались, в связи с чем эксперты Европейской ассоциации гинекологов и акушеров (Congress of European association of gynaecologists and obstetricians, Лиссабон, 2010 год) рекомендуют использовать в рутинной практике любые шкалы риска.

Российская шкала²¹, основанная на оценке данных, полученных при опросе беременной (затем к ним добавляют интранатальные факторы), была разработана ещё в 1980-х годах (хотя форма обменной карты до сих пор не содержит графы для записи суммы баллов). Она достаточно информативна: дети 80% матерей, которых относят к группе высокого риска, нуждаются в ИВЛ, а это значит, что врач, правильно оценивший степень перинатального риска, сможет выбрать адекватный метод родоразрешения (программированные роды, кесарево сечение и др.) и своевременно подготовиться к реанимационным мероприятиям. Ошибки, приводящие к неадекватной маршрутизации и выбору неверной тактики, достаточно распространены; важно стремиться к тому, чтобы родоразрешение женщины с высокой степенью перинатального риска происходило на третьем уровне, т.е. чтобы будущий пациент неонатолога был госпитализирован *in utero*.

Избыточно активные действия медиков («акушерская агрессия») часто приводят к ятрогенным осложнениям, и в первую очередь это касается индук-

* Доклад проф. Игоря Николаевича Костина «Акушерские аспекты перинатальных потерь. Почему умирают доношенные дети?» в рамках научной программы Общероссийской конференции с международным участием «Flores vitae. Неонатология и педиатрия раннего возраста» (12–14 апреля 2018 года, Москва).

дии родовой деятельности и пособия по Кристеллеру. Так, в России документально зафиксированная амниотомия сопровождается 41,6% родоразрешений, при том что при незрелой шейке матки это вмешательство **увеличивает риск** негативных осложнений в 16 раз, а потребность в экстренном кесаревом сечении — в 6 раз. Затем в 65% случаев отмечают слабость родовой деятельности, по поводу чего назначают окситоцин, что нередко приводит к гипоксии плода. **Контроль за правильностью выбора** тактики ведения родов и обоснованности амниотомии может прямо повлиять на снижение ПС.

Что же касается пособия по Кристеллеру*, это рискованное «выдавливание» плода, не рекомендованное ни одним профессиональным медицинским сообществом, по-прежнему продолжают применять на практике (согласно опросам на конференциях SP — в 58% российских родильных домов). Стоит отметить, что пациентки прекрасно осведомлены о недопустимости метода и угроза **судебного преследования** врача в случае гибели ребёнка весьма высока.

Справедливости ради нужно сказать, что правило «hands off!» улучшает исходы **не всегда**. Примесь мекония в околоплодных водах (явный признак гипоксии плода) наблюдают почти в трети родов, однако экстренное оперативное родоразрешение по этому поводу (ввиду угрозы меконияльной аспирации) проводят лишь у 10% рожениц, в остальных случаях ограничиваются эпизиотомией. Это спорная тактика — убедительных доказательств того, что она снижает продолжительность периода изгнания и частоту гипоксии у плода, нет.

Мяч у неонатологов

Невозможность обеспечить выполнение одного из базовых принципов медицинской помощи — **непрерывности и преемственности** её оказания — серьёзное препятствие на пути снижения ПС. По мнению проф. Николая Николаевича **Варганова**²², на фоне прорыва, достигнутого в акушерской службе после создания сети современных учреждений III уровня и региональных схем маршрутизации беременных, ситуация с педиатрическими стационарами выглядит просто плачевно. Большинство учреждений **не соответствую-**



[Пациентки прекрасно осведомлены о недопустимости выдавливания плода «по Кристеллеру», и вероятность судебного преследования врача весьма высока.]

ет нормам СанПиНа: по данным Минздрава России на 1 января 2017 года, 117 зданий детских больниц требуют сноса, реконструкции, капитального ремонта, 109 больниц расположены в приспособленных помещениях, ещё шесть — на арендованных площадях. Только 77% ЛПУ имеют водопровод, 73% — горячее водоснабжение, 80% — центральное отопление, 76% — канализацию, 71% — телефонную связь, 20% — автономное энергоснабжение... Число новорождённых, поступающих в детские больницы всех уровней на первой неделе жизни, растёт (в 2016 году — 157 тыс., в том числе с массой тела при рождении 500–999 г — более 3 тыс.). При этом **технологические возможности** оказания медицинской помощи просто **несопоставимы**.

Указом президента России²³ к 1 октября 2018 года должен быть разработан новый **национальный проект** в сфере здравоохранения, включающий програм-

му развития педиатрии. По информации руководителя рабочей группы по её подготовке, главного внештатного специалиста неонатолога Минздрава России, проф. Д.О. Иванова, в числе мер, направленных на снижение детской смертности, есть и приведение материально-технической базы учреждений к **«общему знаменателю»**.

В то же время важнейшей задачей, **не требующей дополнительных затрат**, остаётся внедрение в практику и **контроль исполнения клинических рекомендаций** и протоколов лечения. Массовое несоблюдение этих документов, отражающих современные подходы к диагностике и лечению, основанные на данных доказательной медицины, остаётся бичом российской педиатрии. Так, при анализе медицинских карт из детских больниц 39 регионов выяснилось, например, что терапия шока у новорождённых **не соответствовала клиническим рекомендациям в 39,6% наблюдений** (ги-

* Оказание пособия по Кристеллеру может стать причиной нарушения механизма родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, разрыва матки и других осложнений у матери, а также спровоцировать внутренние кровоизлияния, кефалогематомы, перелом костей черепа, повреждения межпозвоночных дисков, смещение костей таза в области крестца, деформации тазобедренных суставов и другие травматические нарушения у ребёнка.

[Связь между соблюдением современных перинатальных технологий (раннее прикладывание к груди и др.) и снижением перинатальной смертности подтверждена экспертами ВОЗ. Какие ещё нужны аргументы?]

поволемиического — в 53,8%). Решение этой проблемы очевидно — создание в каждом учреждении реально работающей системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Возвращаясь к теме перевода новорождённых в детские стационары, нужно упомянуть о двух сторонах «одной медали». С одной — любая **перегопитализация повышает риск осложнений** (в первую очередь внутрижелудочковых кровоизлияний), инвалидизации и смертности; таким образом, избыточная транспортировка младенца — дефект медицинской помощи. С другой — во многих детских больницах нередко **недооценивают степень тяжести** критических состояний пациентов (часто из-за отсутствия необходимого оборудования для мониторинга или лабораторных тестов), что приводит к позднему переводу в стационар III уровня при развитии состояний, угрожающих жизни.

Оценка **потребности в первичной реанимации** — ещё не решённая на сегодня проблема. Как справедливо заметила доц. курса неонатологии при кафедре акушерства и гинекологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, канд. мед. наук Людмила Вячеславовна **Малютина**, «...оценка наличия признаков живорождения в течение минуты — это **недопустимо много**»*. В результате не устранённой своевременно кардиореспираторной депрессии (которую диагностируют у 15–20% новорождённых) гибель ребёнка происходит в родзале. Распространены и другие крайности: рутинная санация дыхательных путей (фактор риска пневмонии), введение непоказанных лекарственных средств и т.д.

Согласно методическому письму Минздрава России «Первичная и реанимационная помощь новорождённым детям», с момента начала сердечно-лёгочной реанимации **одному ребёнку** ассистировать специалисту, её выпол-

няющему, должны **не менее двух других медработников**** (при многоплодной беременности проводят соответствующий расчёт); родильницу в III периоде родов также нельзя оставить без наблюдения. Синхронность действий всех участников достижима при условии обязательных и регулярных **командных тренингов**.

Использовать административные рычаги имеет смысл и для преодоления порочных «сложившихся практик», применяемых в противовес современным **здоровьесберегающим методам** работы с новорождёнными. В качестве примера можно привести раннее (до прекращения пульсации) пересечение пуповины акушеркой — «чтобы не заставлять доктора ждать»; немедленный перенос ребёнка с живота матери на пеленальный столик при отсутствии необходимости в реанимационных мероприятиях — для первичного туалета и антропометрии и т.п. Исследования связи между соблюдением современных перинатальных технологий и снижением неонатальной смертности проведены во многих развивающихся странах^{24–27}, а выводы об эффективности этих вмешательств подтверждены экспертами ВОЗ²⁸. Какие ещё нужны аргументы?



Многофакторность причин неонатальной смертности, в том числе гибели доношенных детей, не подлежит сомнению, и значительная их часть — **управляемые**, т.е. **подлежащие коррекции**. Понятно, что даже на III уровне выполнить всё не всегда возможно, но стремиться к этому надо.

К сожалению, сейчас ситуация скорее напоминает известную басню Ивана Андреевича Крылова: «...А Васька слушает да ест». Непросто признать совершенные в прошлом ошибки, ещё сложнее — **изменить привычные алгоритмы**. Во многих случаях не обойтись без того или иного организационного, административного вмешательства. Похоже, пора вспомнить продолжение цитаты: «А я бы повару иному велел на стенке зарубить: чтоб там речей не тратить по-пустому, где нужно **власть употребить**».



Библиографию см. на с. 144–150.

Шаг в правильном направлении

В 2016 году на базе родильного отделения ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана была создана **служба поддержки грудного вскармливания** (ГВ). В штате — акушер-гинеколог и две медицинские сестры, оказывающие консультативную помощь в вопросах организации ГВ — как в плановом порядке, так и по заявкам из отделений.

Благодаря специалистам, ревностно следящим за соблюдением современных перинатальных технологий, ГКБ удалось снизить средний койко-день в послеродовых отделениях с 7,6 в 2011 году до 3,1 в 2017 году. Прекрасный пример эффективной работы, позволивший учреждению получить почётный титул «Лучший роддом Москвы — 2017».

* Для начала реанимационных мероприятий нужно быстро получить убедительные доказательства того, что ребёнок не погиб внутриутробно. Доц. Л.В. Малютина предлагает переносить на область мечевидного отростка младенца датчик кардиоотографа с живота его матери — факт наличия сердечных сокращений будет подтверждён осцилляциями на мониторе и зарегистрирован в виде кривой на бумажной ленте. Это значительно быстрее, чем «ловить» ЧСС фонендоскопом!

** Первый проводит непрямой массаж сердца, второй организует респираторную поддержку, третий катетеризирует пупочные сосуды и вводит лекарственные средства, а четвёртый ведёт учёт времени и оценивает состояние ребёнка по шкале Апгар (на 1-й, 5-й минутах жизни, а при большей продолжительности реанимационных мероприятий — дополнительно на 10-й минуте).

ГЛЯДЯ В БУДУЩЕЕ

На пути к внедрению персонализированной медицины



Авторы: Виктор Евсеевич **Радзинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН; Ольга Анатольевна **Раевская**, канд. мед. наук; Ирина Дмитриевна **Ипатова**, канд. биол. наук, StatusPraesens (Москва)

Выявлять и лечить болезнь задолго до её клинических проявлений, назначать лекарства, «заточенные» под генетические особенности пациента... Звучит как научная фантастика, но на самом деле — уже почти реальность. Речь идёт о **персонализированной медицине** — активно развивающемся новом мировом тренде, суть которого заключается в максимально индивидуализированном подходе к ведению пациентов — с учётом **генотипических** и других особенностей конкретного человека (транскриптома, протеома, метаболома* и др.)¹.

Выступая в феврале 2018 года на форуме «Удивительное в российском здравоохранении», министр В.И. Скворцова подчеркнула, что в ближайшее время **инновации** во многом изменят привычные подходы к диагностике и лечению заболеваний.

Уже сейчас российские эксперты закладывают базовые принципы **пациент-ориентированной медицины**, основанной на генетическом и биохимическом тестировании. Сегодня **персонализированный подход** начинают применять во всех областях здравоохранения, в том числе в акушерстве и гинекологии. Об этом чрезвычайно перспективном направлении и пойдёт речь в настоящей статье.

Персонализированную медицину (она же пациент-ориентированная или предсказательная) сегодня называют **медициной будущего**. Изначально под этим термином, впервые использованным в 1971 году, понимали лечение больного (а не заболевания) с помощью новых технологий при сохранении старых традиций врачебного служения². Три десятилетия спустя учёные конкретизировали понятие, подразумевая под ним подбор лекарственных средств с учётом **генотипических** особенностей пациента, основанный в первую очередь на данных фармакогеномики¹.

Однако всё бо́льшая доступность молекулярно-диагностических методов, позволяющих исследовать геном, транскриптом, протеом и метаболом, обеспечивает индивидуализацию подходов не только к терапии, но и к выявлению различных патологических состояний и их профилактике.

К основным направлениям персонализированной медицины сегодня относят оценку **предрасположенности** человека к определённым болезням, профилактику в зависимости от имеющихся факторов риска, а также собственно **разработку** уникальных для каждого человека лекарственных препаратов¹.

* Транскриптом, протеом и метаболом — совокупности производимых в организме в определённый момент времени молекул РНК, белков и продуктов метаболизма соответственно.

Дорожная карта из четырёх «П»

Суть нового подхода лучше всего отражают **четыре принципа**, в 2003 году сформулированные гениальным американским биологом и биотехнологом **Леро-ем Худом** (Leroy Hood), разработавшим методы секвенирования* и синтеза белков и нуклеиновых кислот, без которых были бы невозможны проект «Геном человека»³ и развитие персонализированной медицины как таковой.

Это **прогнозирование** (1), **профилактика** (2), **персонализация** (3) и **партиципативность** (4). Они лежат в основе предложенной Худом концепции **4П-медицины**⁴, которую сегодня часто используют в качестве синонима персонализированной медицины. Рассмотрим их подробнее.

Основополагающую роль Л. Худ отводит **прогнозированию** — выявлению у человека **склонности** к болезни⁴.

Решающее значение в этом играют современные методы диагностики, позволяющие собрать информацию о геноме, транскриптоме, протеоме, метаболоме и других индивидуальных особенностях пациента.

Вот как это представляет сам исследователь: «...данные о геноме должны стать частью медицинской карты каждого человека. Благодаря этому можно будет предоставлять пациенту полную информацию о его здоровье, давать **конкретные рекомендации** по его улучшению. Появятся небольшие портативные устройства, с помощью которых можно будет взять кровь из пальца, измерить уровни тысяч специфических белков и отправить эту информацию на сервер для анализа, а затем получить ответ о состоянии органов. Эти замеры нужно делать регулярно на протяжении жизни: отслеживая их, можно выявить болезнь **на самых ранних стадиях** и предпринять профилактические меры...»⁴ Звучит не-

вероятно? И тем не менее в Институте системной биологии (Institute for systems biology, США), которым сегодня руководит Л. Худ, отчасти это уже претворили в жизнь.

Следующий важнейший компонент медицины будущего — **профилактика**⁴. Вот наглядный пример: на базе вышеупомянутого Института системной биологии провели исследование с участием 108 человек, у каждого из которых расшифровали геном, в течение 9 месяцев оценивали маркёры сердечно-сосудистых заболеваний, воспаления, сахарного диабета, уровни нутриентов и токсинов (в крови); маркёра стресса кортизола (в слюне); протеом (белки, характеризующие функционирование сердца и сосудов, мозга и печени, белки воспаления; в крови); метаболом (ксенобиотики и мелкие молекулы; в крови); микробиом кишечника (секвенирование 16S рибосомальных РНК; в кале) и физическую активность в динамике⁵. При обработке результатов использовали **системный подход**: массив информации преобразовывали в сети данных, позволившие идентифицировать параметры, коррелировавшие с развитием полигенных заболеваний или, наоборот, со здоровьем. Благодаря этому исследователи получили возможность выявлять не саму болезнь, а **предшествующее** ей состояние.

В случае предболезненного состояния участникам давали конкретные рекомендации по изменению образа жизни. Это в свою очередь позволило испытуемым «подтянуть свои слабые места» — **нормализовать уровни** ω -3-ненасыщенных жирных кислот, гликированного гемоглобина, триглицеридов, липопротеинов высокой плотности, витамина D и др. Участники сообщили об улучшении здоровья по их субъективному ощущению.

Успех этой работы позволил Л. Худу и его коллегам из Института системной биологии (США) предложить пациентам новый сервис: теперь любой желающий может получить информацию о здоровье и конкретные рекомендации, сдав всего одну каплю крови.

Фармакогеномика: что за зверь?

Фармакогеномика исследует влияние генетических особенностей конкретного человека на биохимические процессы, происходящие с лекарственным средством в организме. Толчком к развитию данного направления послужила публикация о фатальных исходах у пациентов с генетически обусловленным отсутствием фермента бутирилхолинэстеразы после введения сукцинилхолина во время анестезии.

В 1959 году появился термин «**фармакогенетика**» — наука, которая, по сути, стала фундаментом для развития **фармакогеномики**. И та, и другая изучают генетические особенности, определяющие ответ организма на лекарственные средства, однако первая фокусируется на влиянии отдельных аллельных вариантов или однонуклеотидных полиморфизмов, вторая — на функционировании всего генома и эпигенетических процессах⁶.

Фармакогеномика также занимается вопросами повышения эффективности и безопасности препаратов с учётом генотипических особенностей⁶. Есть небезосновательные надежды, что однажды медицина уйдёт от принципа one drug fits all («одно лекарство подходит всем») к более индивидуализированной терапии. Тем не менее внедрение результатов генетических исследований в клиническую практику требует накопления эмпирических данных в отношении конкретных заболеваний и комбинаций медикаментов, прежде чем перейти к подбору терапии на основании генотипа пациента.

[Концепция 4П-медицины, которую сегодня часто используют в качестве синонима персонализированной медицины, включает прогнозирование, профилактику, персонализацию и партиципативность.]

* (секвенирование [от лат. sequentia — последовательность] белков и нуклеиновых кислот означает определение их аминокислотной или нуклеотидной последовательности).

Ещё один компонент 4П-развития медицины — **персонализация** терапии, то есть подбор препаратов с учётом **генотипических** характеристик больного, разработка таргетных средств (благодаря комплексному подходу к оценке состояния организма, позволяющему лучше понять патогенез)⁴. Сегодня при определённом диагнозе назначают медикаменты, действенность и безопасность которых подтверждена для **группы** испытуемых без учёта индивидуальных особенностей каждого из них. Химическое соединение, эффективность которого доказана в масштабных исследованиях для большинства пациентов, у **конкретного человека** может не работать или приводить к побочным реакциям.

Заключительный компонент — **партиципативность**, то есть заинтересованность, вовлечённость человека в заботу о собственном здоровье⁴. Как полагает Л. Худ, добиться этого можно, если у пациента будет «на руках» вся информация об имеющихся у него рисках развития того или иного заболевания и способах его предотвратить.

Медицина будущего нацелена в первую очередь на **поддержание здоровья** (вместо фокуса на лечении), **комплексную** оценку состояния организма (вместо определения единичных показателей) и **персонализированный** подход к терапии (взамен универсальных препаратов).

Что на практике?

При выборе лекарственного средства сегодня получается учитывать далеко не все индивидуальные особенности пациенток (геном, протеом и др.). Однако не будет преувеличением сказать, что эра персонализированной медицины в гинекологии уже **стартовала**.

В этом отношении показательна работа НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта (Санкт-Петербург), где вот уже около 25 лет проводят научные исследования по определению **наследственной предрасположенности** к заболеваниям, часто встречающимся при беременности и осложняющим её течение. В их числе преэклампсия, привычное невынашивание, плацентарная недостаточность, эндометриоз, сахарный диабет, бронхиальная астма, остео-





© beainimages / Shutterstock.com

Распространённость симптомов в зависимости от стадии репродуктивного старения (n=20 275)

Симптомы	В пременопаузе (n=10 191), %	В перименопаузе (n=4014), %	В постменопаузе (n=6070), %
Приливы	17,9	38,6	43,2
Парестезия	14,6	24,2	28,3
Бессонница	28,9	44,7	51
Головокружение	26	36	40,9
Усталость	33,5	46,8	49,1
Боли в мышцах, суставах	28	43,8	53,3
Головная боль	24,4	32,9	35,4
Ощущение сердцебиения	18	27,5	32,4
Мурашки по телу	5,3	8	11,1
Перепады настроения	27	40	41,1
Депрессивные расстройства	12,1	18,6	21,4
Сексуальные нарушения	16,1	33,8	57
Симптомы дисфункции мочеиспускательной системы	8,8	12,6	20,7

пороз. Итогом этих исследований стали составление «Генетической карты репродуктивного здоровья» (в которой описано более 100 генов, ассоциированных более чем с 25 патологическими состояниями), разработка методических рекомендаций по использованию методов генетического тестирования и интерпретации результатов⁷.

Другой пример — ведение женщин в **пери- и постменопаузальном периоде**. Для этих пациенток нет универсального препарата: при выборе терапевтического решения врачу необходимо учитывать множество факторов — клинические симптомы, их выраженность, стадию репродуктивного старения, индивидуальные факторы риска.

Проблем, связанных с репродуктивным старением, существует огромное множество, и с возрастом их спектр может меняться. В этом плане показательны результаты исследования (Китай, 2012)⁸, в котором оценивали распространённость симптомов в **пери- и постменопаузе**. Когорта участниц включала более 20 тыс. женщин в возрасте 40–65 лет. Все они заполнили анкеты, в которых указали информацию о социально-демографических характеристиках, состоянии здоровья, репродуктивном анамнезе, образе жизни.

Выяснилось, что с возрастом количество симптомов увеличивается, а профиль доминирующих жалоб меняется (табл.). Так, в перименопаузальном периоде наиболее часто отмечали усталость, бессонницу, боли в мышцах и суставах, перепады настроения. В постменопаузе лидировали сексуальные проблемы, боли в мышцах и суставах, бессонница, неустойчивое настроение. Была выявлена связь между тяжестью клинических проявлений и такими факторами, как низкий доход, развод, более высокий индекс массы тела, курение, наличие хронических заболеваний ($p < 0,05$).

Отметим, что, по данным недавно опубликованного национального исследования (Великобритания, 2017), распространённость **синдрома хронической усталости*** оказалась в **2,4 раза**

* Синдром хронической усталости — постоянная и/или рецидивирующая усталость в течение 4 мес и более, иногда сопровождаемая нарушениями сна, когнитивной дисфункцией, болями в мышцах, суставах⁹.

выше у женщин, нежели у мужчин (IRR 2,35; 95% ДИ 2,19–2,53), причём пик приходился на возрастную группу 40–49 лет¹⁰. Вероятно, характерные для этого периода бессонница, боли в мышцах и суставах, перепады настроения изнуряют организм, приводя к астеническому синдрому.

Ещё одна значимая проблема — депрессия. Исследователи с Тайваня (2013) оценили её распространённость у женщин 45–60 лет (566 участниц)¹¹. Оказалось, что частота депрессивных расстройств достигает 39%. При этом чаще всего они возникают «на почве» внешних признаков старения, других менопаузальных симптомов, хронических болезней.

Разнообразие клинических проявлений климактерического синдрома диктует необходимость различных решений. Используя принципы персонализированной медицины, думающие врачи назначают терапию в зависимости от возраста, ведущих симптомов, сопутствующих заболеваний, наличия противопоказаний, желаний и предпочтений пациентки.

В соответствии с рекомендациями Международного общества по менопаузе (International menopause society, IMS) 2016 года по сохранению здоровья женщин МГТ признана наиболее эффективной стратегией в борьбе с вазомоторными симптомами и атрофическими изменениями мочеполовой системы¹². Именно в отношении этих нарушений МГТ имеет наиболее основательную доказательную базу эффективности. В документе также сказано, что на фоне МГТ женщины могут испытывать уменьшение болей в суставах и мышцах, стабилизацию настроения, нормализацию сна, сексуальной функции (в том числе при снижении либидо), возможно повышение качества жизни и улучшение состояния кожи¹².

Однако часть пациенток могут отказываться от предложенной терапии из-за гормонофобии. Задача врача в таком случае объяснить преимущества МГТ, развеять страхи. В то же время, если женщина не верит в безопасность и необходимость гормонального лечения, настаивать бессмысленно (вспомним о партиципативности!). Однако и оставлять пациентку без помощи недопустимо: акушер-гинеколог должен

предложить альтернативный вариант. Например, при психологических проблемах — направить на консультацию к психологу или психотерапевту. Жалобы со стороны опорно-двигательной системы могут быть признаками остеопении, а один из вариантов лечения и профилактики остеопороза, позволяющий предотвратить переломы (помимо МГТ), — препараты кальция, витамин D и бисфосфонаты.

Выбирать режим приёма и дозирование МГТ следует индивидуально, исходя из стадии репродуктивного старения и выраженности симптомов. В соответствии с клиническими рекомендациями «Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте» (2015) у пациен-

ток в перименопаузе предпочтительна комбинированная эстроген-гестагенная терапия в циклическом режиме, в постменопаузе — в непрерывном (исключение составляют женщины после гистерэктомии; у них используют чистые эстрогены)¹³.

Согласно современным гайдлайнам, дозы гормонов должны быть минимально эффективными, при этом на усмотрение врача остаётся выбор пути их введения — действующие клинические рекомендации подчёркивают, что их можно применять не только перорально, но и трансгермально. Парентеральный путь введения позволяет добиваться хорошего терапевтического эффекта, а также минимизировать риск нежелательных реакций.

[Медицина будущего нацелена на поддержание здоровья вместо фокуса на лечении, комплексную оценку состояния организма и персонализированный подход к терапии взамен универсальных препаратов.]

Кто придумал 4П-медицину

Лерой Худ (Leroy Hood, р. 1938) — американский биолог, сторонник системного междисциплинарного подхода к науке и гениальный биотехнолог — преддрекает медицине весьма завидное и даже фантастическое будущее.

Он разработал новую аппаратуру для изучения генома и протеома, а именно: газофазный белковый секвенатор для определения последовательности аминокислот, пептидный и ДНК-синтезаторы для сборки аминокислот в белки и нуклеотидов в ДНК. Худу также принадлежит авторство создания первого высокопроизводительного автоматизированного секвенатора ДНК (1986), который использовали в работе над проектом «Геном человека»¹⁴.

Вместе с коллегами учёный основал научно-исследовательский Институт системной биологии (2000), в котором придерживаются идеологии комплексного подхода к изучению биологии и медицины. В этом учреждении сотрудничают исследователи различных научных дисциплин — биологи, программисты, инженеры, математики, медики, химики, физики и другие. И именно благодаря их взаимодействию стал возможен научный прорыв в разработке технологий, позволяющих автоматически преобразовывать массив данных о геноме, транскриптоме и протеоме пациента в выводы о состоянии здоровья и рисках. Если их удастся внедрить в практику, это будет огромным прогрессом в развитии персонализированной медицины. В учреждении также ведут поиск специфических маркёров болезней, изучают возможности стратификации пациентов на основе их генетических профилей, разрабатывают таргетные терапевтические препараты.

Вся эта работа помогла Л. Худу сформулировать четыре принципа медицины будущего. В 2010 году он стал одним из основателей Института 4П-медицины (P4 Medicine institute), деятельность которого посвящена реализации этой концепции на практике.

Так, для купирования **системных** симптомов женского репродуктивного старения (вазомоторных, психологических, болевых) можно выбрать эстроген-гестагенную терапию с использованием комбинации препаратов «Эстрожель» и «Утрожестан». Первый представляет собой эстрадиол в форме геля для трансдермального применения, второй — микронизированный прогестерон для введения *per os* или *per vaginam*.

Данный гестаген в качестве компонента МГТ, помимо защиты эндометрия от пролиферативных процессов, обладает рядом дополнительных эффектов, связанных с образованием его активных **метаболитов**, аллопрегнанолон и 5 α -прегнанолон, которые обеспечивают анксиолитический и нейропротекторный эффекты, что важно для пациенток с синдромом хронической усталости.

Трансдермальная форма даёт возможность врачу индивидуально подо-

брать режим дозирования эстрогенного компонента (небольшие дозы — при слабо выраженных симптомах, более высокие — при тяжёлых). Важно также заметить, что такой путь введения имеет ряд особенностей по сравнению с пероральным — **отсутствие пиковых повышений** концентрации и возможность **выбора меньших доз** позволяют минимизировать риски терапии (в том числе тромботический) и частоту побочных эффектов. Дополнительным преимуществом данной комбинации препаратов служит возможность назначения в разных режимах: циклическом или непрерывном. Такой подход, несомненно, повышает **комплаентность** терапии.

В свою очередь при симптомах, связанных с **урогенитальными атрофическими изменениями**, — сухости во влагалище, диспареунии, частом мочеиспускании, никтурии, — согласно рекомендациям IMS, оптимальным решением может быть комбинированная

МГТ с использованием именно топических гормональных препаратов¹².

Один из удачных терапевтических вариантов в этой клинической ситуации — «Триожиналь», содержащий эстриол, прогестерон и лактобактерии. Эстриол способствует росту и созреванию вагинального эпителия, синтезу и накоплению в нём гликогена — «пищи» лактобактерий. Однако, чтобы последние могли его утилизировать, гликоген должен быть освобождён из эпителиальных клеток — и это невозможно без прогестерона. Данный гормон провоцирует десквамации поверхностного слоя, в результате чего гликоген попадает в просвет влагалища^{15,16}.

Компоненты препарата воздействуют на все **механизмы патогенеза**: эстриол способствует накоплению гликогена, прогестерон обеспечивает его высвобождение, а лактобациллы восстанавливают pH, образуют защитную биоплёнку, ингибируют рост патогенов¹⁷. Штамм лактобактерий *Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini (LCR35)* получен по запатентованной технологии культивирования, благодаря которой *LCR35* долго сохраняют жизнеспособность и стабильную концентрацию.

В заключение следует отметить: ведение пациенток с симптомами, связанными с репродуктивным старением, — лишь один из примеров персонализированного подхода в гинекологии (вспомним хотя бы выбор средств гормональной контрацепции!). И пусть пока в реальной практике учитывают не все индивидуальные особенности пациенток, изменения в привычном врачебном подходе уже происходят.



Создание технологии секвенирования ДНК послужило мощным толчком для развития медицинской науки: благодаря этому методу расшифровали геном и научились определять склонность человека к болезням, а также прогнозировать ответ на лечение. Это стало началом эпохи **персонализированной медицины**, которая сможет полностью изменить подходы к сохранению здоровья и обеспечению высокого качества жизни. **SP**

Как стареть медленнее?

Пальма первенства по продолжительности жизни принадлежит француженке Жанне Кальман — 122 года (Jeanne Calment, даты рождения и смерти подтверждены документально). Однако почему век большинства из нас гораздо короче? Исследователи активно изучают механизмы старения. В числе таковых называют **накопление повреждённых ДНК** и эпигенетическое **изменение экспрессии генов**, что может способствовать нарушению функций клеток и ухудшать работу всего организма¹⁸. Ещё один фактор — **укорочение теломер** (концевых участков хромосом, защищающих их от вредных воздействий). Считают, что уменьшение хромосом до определённого размера обуславливает запуск клеточной гибели¹⁸.

Уже сегодня проводят экспериментальные исследования, чтобы «обезвредить» эти процессы: пробуют ускорять процесс восстановления ядерной ДНК, стимулировать **рост теломераз** и др.¹⁸ Вероятно, с помощью всего этого в ближайшем будущем люди научатся стареть медленнее (или совсем не стареть?). А пока в качестве anti-ageing-средств можно использовать препараты антиоксидантов, микроэлементов и витаминов.

Антиоксиданты обезвреживают свободные радикалы, а микроэлементы и витамины участвуют в метаболизме клетки и способствуют нормализации её функций. Примером такого средства, содержащего **антивозрастной комплекс**, служит «Фамвیتال». В состав препарата входят 16 компонентов: экстракты зелёного чая, виноградных косточек и водоросли дуналиелла солоноводная (*Dunaliella salina*), рыбий жир и акулий хрящ, масло бурачника лекарственного (*Borago officinalis*), витамины С, В₂, В₅, В₆, биотин, цинк, селен, хром, медь, железо.

Они способствуют замедлению процессов старения «изнутри». Кроме того, применение комплекса сопровождается **эстетическими** эффектами «снаружи» — улучшением состояния кожи, волос, ногтей; усилением расщепления жиров и сжиганием калорий. При этом все компоненты разделены на два вида капсул, что обеспечивает поступление всех ингредиентов в правильном сочетании и в нужное время¹².

Библиографию см. на с. 144–150.



«Якорь» и «молния» для микробиоты

Взаимодействие лактобацилл с вагинальным эпителием —
механизмы адгезии



Авторы: Алевтина Михайловна **Савичева**, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф., зав. лабораторией микробиологии НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург); Олег Васильевич **Лищук**, StatusPraesens (Москва)

Копирайтинг: Елена Акулина

В **норме в микробиоте** влагалища преобладают лактобациллы. Они покрывают **слизистую оболочку** защитной биоплёнкой, вырабатывают молочную кислоту и перекись водорода, сдерживающие рост остальных микроорганизмов. Если жизнедеятельность этих бактерий нарушается, верх берёт условно-патогенная микрофлора, — как следствие, возникает **дисбиоз** и появляются условия для развития инфекционных заболеваний.

Для формирования «симбиоза» с вагинальным эпителием лактобациллы располагают различными структурами адгезии. Процесс их изучения начат не так давно, однако исследователи уже получили немало интересных данных. Так, например, в арсенале лактобацилл нашлись молекулярные **«нанозацепки»** и **«застёжки-молнии»**, обеспечивающие их контакт с влагалищной стенкой. Об этих и других особенностях «дружественных» микроорганизмов и пойдёт речь.

На стабильность вагинальной микробиоты влияют многие условия. Она зависит от возраста, фазы менструального цикла, сексуального поведения, гигиенических привычек, наличия или отсутствия беременности и инфекций, использования гормональной тера-

пии, различных методов контрацепции и противомикробных препаратов¹⁻⁷. Под действием перечисленных факторов обычные комменсальные сообщества микроорганизмов, присутствующие во влагалище, могут **вызвать патологический процесс**, если сдвиг в количествен-

ном и качественном составе происходит в сторону преобладания подобной микрофлоры (например, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli* или *Candida albicans*).

По современным представлениям, основу нормальной микрофлоры влагалища составляют лактобациллы (преимущественно виды *Lactobacillus crispatus*, *L. rhamnosus*, *L. gasseri*, *L. iners*, *L. jensenii*). Существуют её варианты, основанные на сообществах других микроорганизмов, однако лактобациллы присутствуют в микробиоте большинства здоровых женщин и служат важным компонентом урогенитального биоценоза. Они играют значительную роль в защите организма-хозяина от инфекций путём модуляции его иммунных, физиологических и биохимических характеристик^{8,9}.

Одно из важнейших качеств лактобацилл — их возможность «прилипнуть» к слизистой оболочке влагалища и формировать защитную биоплёнку. Механизмы такой адгезии до конца не изучены, однако в последние годы исследователи получили немало данных о взаимодействии представителей рода *Lactobacillus* со слизистыми оболочками влагалища, пародонта и кишечника. Поскольку эпителии перечисленных органов обладают определённым сходством, известные механизмы адгезии на них принято считать подобными друг другу с небольшими вариациями¹⁰.

Протяни пили

Важным достижением в понимании адгезионной способности *Lactobacillus* стало открытие белковых гетерополимерных внеклеточных фимбриальных придатков¹¹, названных пиллями (ворсинками)¹². Это длинные и тонкие белковые поверхностные структуры клеток, присутствующие на различных грамположительных и грамотрицательных бактериях. Фимбрии были обнаружены и у лактобацилл^{13–15}.

Пили есть не у всех видов лактобацилл, однако живущие во влагалище их представители обладают этими структурами, что и позволяет им выполнять свои «обязанности». У разных видов *Lactobacillus* фимбрии могут несколько отличаться, но общие принципы строения у них схожие. Что интересно, по своей структуре они оказались значи-

тельно ближе к аналогичным органеллам грамположительных, а не грамотрицательных бактерий.

К настоящему времени лучше всего изучены пили *L. rhamnosus*. Эти образования состоят из субъединиц (пилинов) семейства Spa, выполняющих разные функции — структурные, опорные и «крепёжные». Один из них, адгезин SpaC, — специализированный белок, обладающий высоким сродством к муцину и коллагену влагалищной и кишечной слизистой оболочки, то есть способный прочно соединиться с эпителиоцитами и слизью в процессе формирования биоплёнки¹⁶. Для реализации этого необходимо выполнение как минимум двух условий: присутствия в достаточном количестве лактобацилл и наличия основы, к которой они должны прикрепиться¹⁷.

Процесс закрепления палочки Додерлейна на слизистой оболочке с помощью пилей совершается в три условных этапа, при этом суть процесса не зависит от того, происходит адгезия бактерии к эпителиальным клеткам или вагинальной слизи (см. инфографику).

- На первом этапе конец пили с адгезином SpaC «зацепляется» на поверхности, что обеспечивает относительно стабильное положение микроорганизма и не позволяет ему оторваться даже при значимом усилии: фимбрия работает как своеобразный нерастяжимый «швартов».
- На втором — за счёт движения влагалищной слизи, направленного на удаление отмершего слоя эпителиальных клеток, происходит перемещение бактерии на фимбриальном придатке.
- В определённый момент фимбрия складывается и обеспечивает контакт не только конечным участком, но и всей своей длиной. Активные белковые цепочки типа SpaCBA, SpaDEF и прочие более мелкие участки пилей вкуче с индуцированным ответом эпителиальных клеток обеспечивают скрепление по типу

«застёжки-молнии», которое физически сближает бактерии с эпителиоцитами, облегчая их взаимодействие. Этим заканчивается третий этап адгезии.

Так происходит образование многослойной защитной поверхности из лактобацилл, нижний слой которой плотно адгезирован к эпителиальным клеткам, а верхний находится в «подвешенном» состоянии в слизи. Стабильность верхнего слоя и привязанность его к основному обеспечивают те же пили, но при этом взаимодействие происходит между самими лактобациллами.

Взаимодействие *Lactobacillus* с вагинальными эпителиальными клетками считают первым шагом в формировании биологического барьера против колонизации оппортунистическими и патогенными организмами. Здоровый микробиоценоз влагалища обеспечен в том случае, если палочки Додерлейна формируют биоплёнку, которая предотвращает контакт патогенов с эпителием.

Адгезия лактобацилл влагалища к эпителиальным клеткам в норме достаточно плотная, чтобы эту нишу не заняли патогенные микроорганизмы. Однако для этого важно состояние внешнего рыхлого слоя слизистой оболочки, богатого гликогеном, который служит лактобациллам питанием и субстратом для синтеза молочной кислоты, необходимой для поддержания нормального pH вагинальной среды.

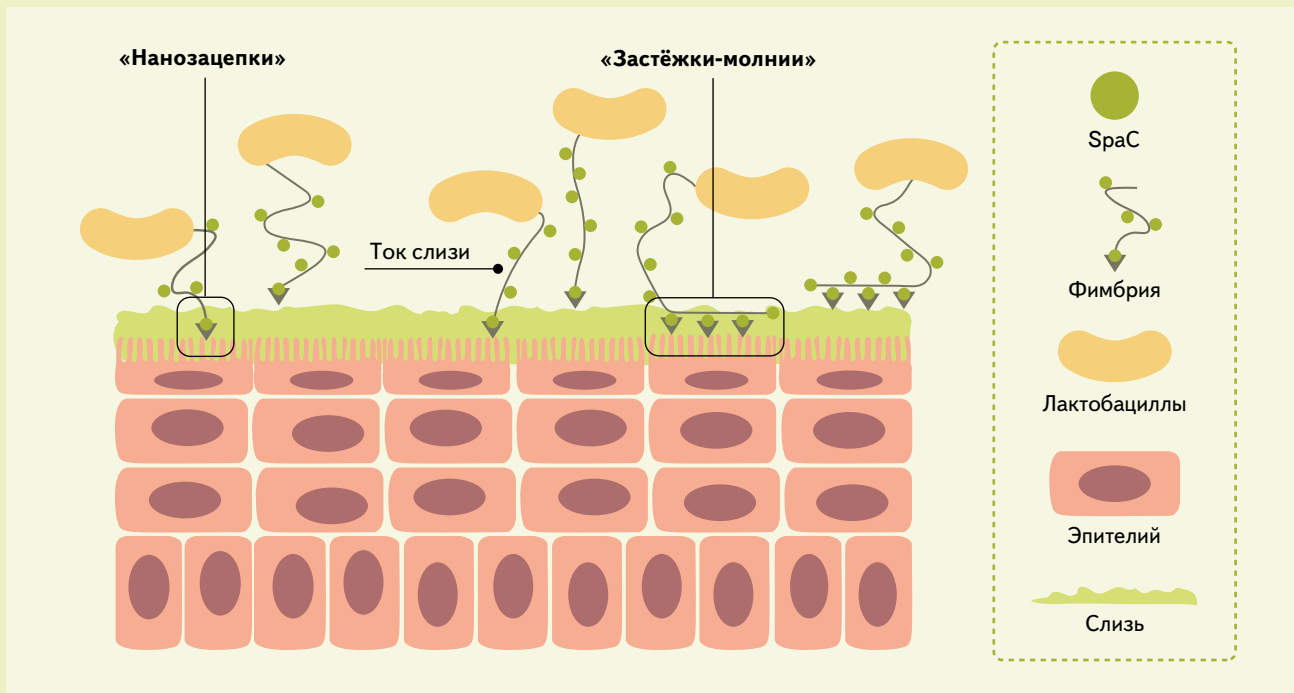
При наличии вагинальных инфекций или вагинального дисбиоза происходит изменение бактериальной среды с преобладанием патогенной микрофлоры. Исследования влияния растворимых продуктов, полученных из культуры *S. vaginalis*, на ранозаживляющую активность по сравнению с раствором, полученным из культуры *L. iners*, показали, что патогены провоцируют разрушения клеток слизистой оболочки и ухудшают способность влагалища восстанавливать эпителиальный слой. Таким образом, инфекционные агенты не дают сформи-

[Пили — длинные и тонкие белковые поверхностные структуры клеток, присутствующие на различных грамположительных и грамотрицательных бактериях, которые были обнаружены и у лактобацилл.]

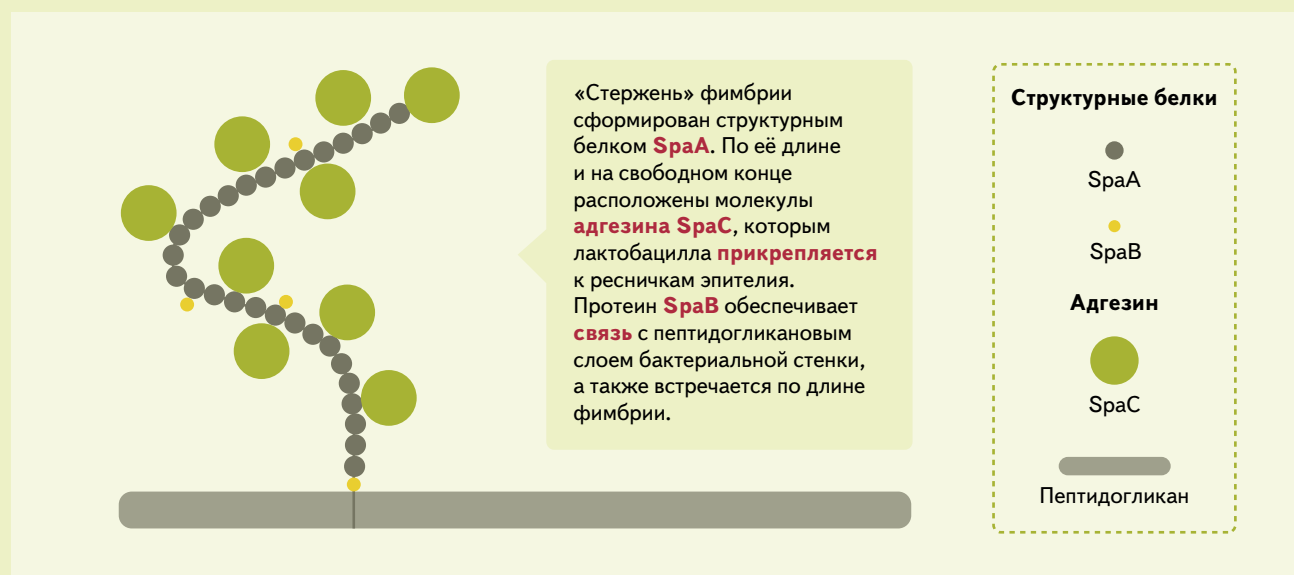
ОДНОЙ «ЗАЦЕПКИ» НЕДОСТАТОЧНО

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛАКТОБАЦИЛЛ С ВАГИНАЛЬНЫМ ЭПИТЕЛИЕМ

АДГЕЗИЯ ЛАКТОБАЦИЛЛ К ЗДОРОВОМУ ЭПИТЕЛИЮ

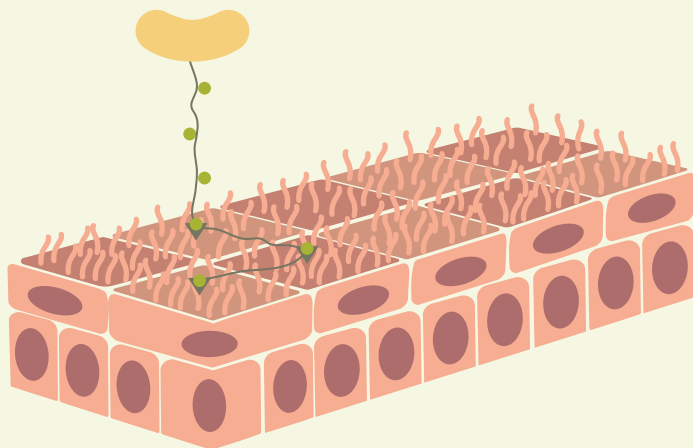


Фимбрия с адгезинами на клеточной стенке





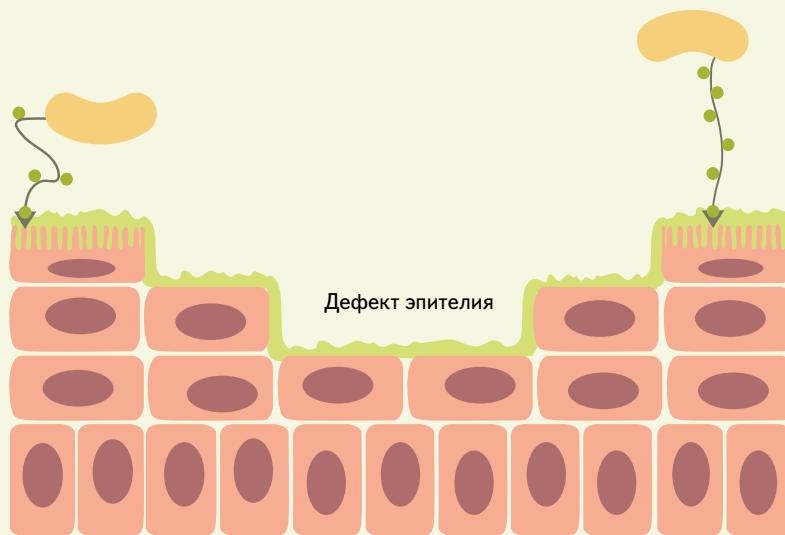
Прикрепление лактобациллы к нескольким эпителиальным клеткам



Молекулы адгезина SpaC позволяют лактобацилле одной фимбрией присоединяться к ресничкам **нескольких** эпителиальных клеток, обеспечивая **плотное прикрепление** по типу «застёжки-молнии»

КОГДА ЭПИТЕЛИЙ ПОВРЕЖДЁН

Только «зацепка», адгезия неполноценна



Прочное прикрепление лактобацилл к слизистой оболочке влагалища возможно только при целостном внешнем **слое эпителия**, богатом гликогеном. При эпителиальных дефектах адгезия **нарушается**, и экологическую нишу **могут занять** другие микроорганизмы.

Вывод: На здоровом вагинальном эпителии лактобациллы прочно закрепляются и «зацепками», и «застёжками-молниями». При повреждении слизистой оболочки пили могут закрепляться только «зацепками», что **не обеспечивает** адекватной адгезии и формирования защитной биоплёнки.

роваться основе, на которую могли бы «прилепиться» лактобациллы.

При повреждении поверхности слизистой оболочки фимбриальные придатки палочек Додерлейна могут закрепляться на ней только концевым участком («нанозацепкой»), а не всей длиной («молнией»), что не обеспечивает должной прочности адгезии¹¹. *Lactobacillus* отрываются от поверхности, и защитная биоплёнка не формируется.

Не фимбриями единицами

Лабораторные работы последних лет показали, что пили, хотя и играют центральную роль в прикреплении лактобацилл к слизистым оболочкам, не единственные структуры, участвующие в этом процессе. Исследователи продолжают обнаруживать новые молекулы-кандидаты со свойствами адгезинов. К сожалению, речь пока идёт лишь о выделении подобных соединений — механизмы их действия только предстоит выяснить. Однако они заслуживают упоминания, чтобы было видно, насколько разнообразными механизмами лактобациллы обзавелись в ходе совместной эволюции с людьми.

Так, выявлены лактобациллярные адгезины небольшого размера, участвующие в связывании с компонентами **внеклеточного матрикса**, например СпВР, FbpA, Eno, GSiGPI¹⁸, а также образующие крупные полимеры на поверхности бактерий, например CbsA и SlpA.

У *Lactobacillus crispatus* обнаружен новый **лактобациллярный эпителиальный адгезин** (*Lactobacillus epithelium adhesion*, LEA), который **специфически связывается** с плоскоклеточным эпителием и имеет особенности, свойственные для поверхностных белков грамположительных бактерий¹⁹. Повторяющаяся область LEA гомологична нескольким белкам бактериальных видов, которые характерны для обычных обитателей влагалища (например, *L. reuteri*, *F. magna* и *S. vaginalis*). В настоящий момент специфическая рецепторная молекула на эпителиальных клетках, с которой связывается LEA, неизвестна.

В 2011 году был охарактеризован **фактор связывания слизи** (mucus-binding

factor, MBF) лактобацилл²⁰. Его кристаллическая структура близка к иммуноглобулин-связывающим белкам, и эти гомологичные участки указывают на родство к слизи IgG, IgM и sIgA^{21,22}. Кроме того, продукты деградации стимулирующего адгезию белка (MapA), вырабатываемого *L. reuteri*, обладают также антимикробным действием²³.

Вместе с тем многие взаимодействия пробиотических бактерий с эпителиальными и иммунными клетками опосредованы **микроб-связанными молекулярными структурами** (MAMPs), которые макроорганизм определяет с помощью специфических рецепторов распознавания образов (PRR), таких как толл-подобные рецепторы (TLR)²⁴.

Три шага терапии

Первый этап лечения вагинальных инфекций предполагает **уничтожение** патогенов антибиотиками или антисептиками. Эти препараты не обладают достаточной специфичностью, и от их действия **страдают** также симбионты.

В силу этого на втором этапе терапии влагалище **заселяют пробиотическими препаратами**, содержащими наиболее «полезные» штаммы лактобацилл (всего их известно более 150, но лишь единицы из них, в первую очередь *L. acidophilus*, *L. gasseri* и *L. crispatus*^{25–27}, способны обеспечить **должную защиту** эпителия). Однако, как было упомянуто выше, после дисбиотического эпизода слизистая оболочка имеет множество дефектов и крайне бедна гликогеном, что препятствует адгезии *Lactobacillus* (стоит упомянуть, что, как показали исследования *in vitro*, способность лактобацилл использовать гликоген может также зависеть от pH среды²⁸ и/или от конкретного вида микроорганизма^{28,29}).

Для полноценной колонизации влагалища лактобациллами необходим **зрелый многослойный эпителий**, клетки наружного слоя которого слущиваются и разрушаются, предоставляя микробиоте **бесперебойный источник** гликогена^{17,30,31}. Как известно, мощными стимуляторами пролиферации слизистых оболочек половых путей (и не только их) служат эстрогены.

Наиболее приемлемый способ восстановить многослойность эпителия нижних отделов половых путей — ис-

пользовать топические препараты с микродозами эстрогенов и **минимальной продолжительностью действия**. Метаболит эстрадиола — **эстриол** — гораздо менее активен и быстро метаболизируется на месте, не проникая в системный кровоток. Благодаря этим свойствам он предпочтителен для восстановления повреждённого влагалищного эпителия. Как неоднократно показали исследования, даже относительно высокие дозы этого гормона, вводимые *per vaginam*, **не увеличивают** толщину эндометрия^{32–34}.

Ультранизкие дозы эстриола достаточны для стимуляции созревания вагинального эпителия, что значительно **улучшает условия** для адгезии к нему лактобацилл и формирования защитной биоплёнки. Восстановление слизистой оболочки влагалища и насыщение её гликогеном под действием этого вещества подтверждены рядом исследований^{34–37}.

Таким образом, для правильного восстановления микробиоценоза влагалища оправдано назначение местного пробиотика с лактобациллами и эстриола, восстанавливающего клеточный слой для их адгезии, например препарата «Гинофлор Э». Каждая влагалищная таблетка содержит не менее 100 млн КОЕ жизнеспособных *Lactobacillus acidophilus* и ультранизкую (0,03 мг) дозу эстриола. Длительность лечения бактериального вагиноза этим лекарственным средством у пациенток репродуктивного возраста составляет 6 дней; на фоне атрофии эпителия влагалища, при обнаружении *Atopobium vaginae* и при рецидивах заболевания продолжительность введения возрастает до 12 дней.



Для полноценной коррекции нарушенного микробиоценоза влагалища и **полной колонизации** его лактобациллами необходимо **чётко понимать** значение зрелого многослойного эпителия. Только клетки, богатые гликогеном, создают благоприятные условия для адгезии к нему лактобацилл и формирования защитной биоплёнки. Клиницист, разбирающийся в патогенетических механизмах дисбиозов, может назначить терапию **в нужное время и в нужном объёме**. **SP**

Библиографию см. на с. 144–150.

САПОЖНИКИ БЕЗ САПОГ

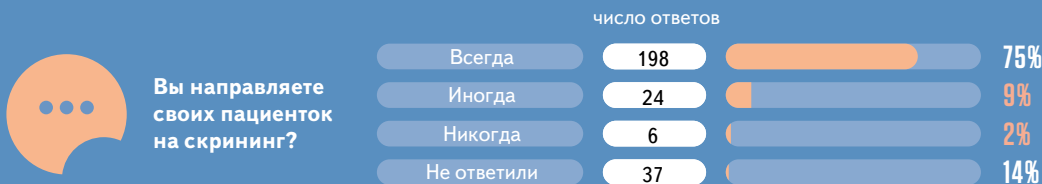
ИТОГИ ОПРОСА ВРАЧЕЙ ПО ТЕМЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ



На III Национальном конгрессе «Онкология репродуктивных органов: от профилактики и раннего выявления к эффективному лечению» и VI Междисциплинарном форуме «Медицина молочной железы» в рамках проекта «ОНКОПАТРУЛЬ» был проведён опрос врачей, посвящённый теме профилактики рака у самих медицинских специалистов.

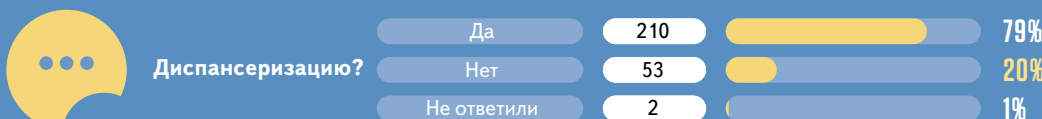


221 акушер-гинеколог и 44 онколога в возрасте от 25 до 69 лет

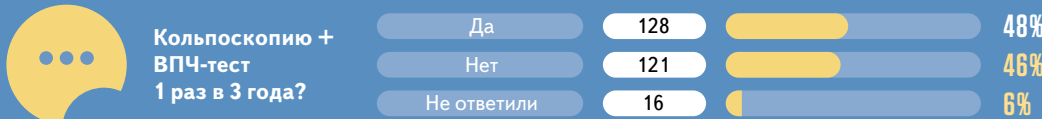


Один из четырёх специалистов никогда не направляет своих пациенток на онкоскрининг или делает это очень редко.

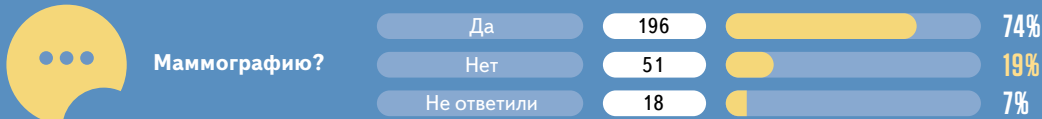
ПРОХОДИТЕ ЛИ ВЫ САМИ...



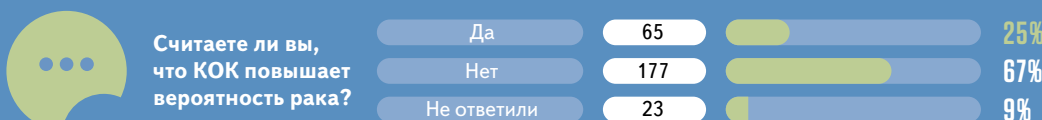
Каждый пятый врач сам не проходит диспансеризацию. Направляет ли он своих пациенток?



Скрининг на РМЖ не проходит один врач из пяти, а на РШМ — почти каждый второй!



Колоноскопию для раннего выявления рака толстой кишки не делает практически никто, хотя её нужно проводить раз в 2 года, начиная с 49 лет**.



Четверть практикующих специалистов считают КОК «виновными» в увеличении риска онкозаболеваний — при отсутствии научных доказательств.



ОнкоПатруль

Вывод: Половина опрошенных считают, что онкозаболеваемость медиков растёт. Однако это не стимулирует специалистов к прохождению скрининговых обследований с целью раннего выявления рака. Могут ли врачи убедить своих пациенток в необходимости диспансеризации, если сами не верят в её эффективность?

* Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2018. 236 с.

** Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 года №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения».