# SCACIED PACEDE runekouorus akyuepembo beenuognbiŭ Spak

#4 [69] 08 / 2020 / StatusPraesens



Проект клинических рекомендаций по преждевременным родам: критический разбор • Менеджмент крови пациента: модный тренд или насущная необходимость? • Дисфункции яичников: алгоритм диагностики • (екс, боль, эндометриоз: лишнее — устранить! • Профилактическая аднексэктомия: pro et contra • Внутриутробное программирование (ПКЯ: вмешаться — можно! • АМК — как избежать гинекологической агрессии?





#### Дорогие коллеги!

Концепция политики государства в области охраны репродуктивного здоровья населения на всех уровнях неразрывно связана с формированием правильного репродуктивного поведения.

При низком уровне рождаемости особую тревожность вызывает **значительное количество абортов**, нарушающих репродуктивную функцию. Важной проблемой всегда было и остаётся до сих пор внедрение в практическую деятельность «безопасного» прерывания беременности, особенно в поздние сроки, а также выработка эффективных мер для сохранения репродуктивного потенциала нации.

Ежегодно в России выполняют **около 500 тыс.** абортов, и более 10% из них — **во II триместре**. При этом риск для здоровья женщины возрастает в 3—4 раза, а доля этих манипуляций в структуре материнской смертности достигает 25%. В то же время остаются медицинские и социальные показания, при которых прерывание беременности во II триместре необходимо.

В последние годы в связи с улучшением диагностики врождённых пороков развития (ВПР) плода, несовместимых с жизнью, приводящих к инвалидизации детей или требующих в дальнейшем хирургической коррекции, особенно остро встаёт проблема безопасности аборта в поздние сроки и оказания медицинской помощи новорождённым с ВПР. В РФ разработаны протоколы и система медикаментозного прерывания гестации в ранние и поздние сроки, позволившие значительно снизить частоту ближайших и отдалённых осложнений.

Вышеизложенные проблемы непосредственно влияют на показатели младенческой и детской смертности в нашей стране. (низить их поможет ряд мер: скрининговое обследование женского населения, наблюдение за динамикой развития порока, прерывание беременности в регламентированные сроки, выработка индивидуальной взвешенной акушерской тактики, родоразрешение в специализированном многопрофильном стационаре, комплексные подходы в лечении различных состояний новорождённого, прогнозирование постнатальной тактики, своевременная хирургическая коррекция порока, психологическое сопровождение семьи. И мы, врачи, можем многое сделать.

Главный врач Московского областного центра охраны материнства и детства, канд. мед. наук, засл. работник здравоохранения Московской области **Т.Н. Мельник** 



runekonorur akyc

### # 4 [69] \$\psi / 2\$\psi / StatusPraesens

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 Євсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук (ветлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liy.ru) Редакционный директор: Александр Васильевич Иванов

Заместители редакционного директора: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская,

Хильда Юрьевна Симоновская

**Ответственный редактор номера:** канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская **Аппарат ответственного секретаря редакции:** Надежда Михайловна Васильева,

Мария Викторовна Кириченко

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

канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов

**Медицинские и литературные редакторы:** Ольга Быкова, Юлия Бриль, Ольга Раевская, Мила Мартынова, Сергей Дьяконов, Сергей Князев, Дарья Яцышина, Хильда Симоновская, Сергей Легкий, Олег Лищик

Препресс-директор: Анастасия Пушкарь Старший дизайнер: Абдулатип Латипов

Выпускающие редакторы: Мария Єронина, Валерия Калиманова

**Вёрстка:** Юлия Скуточкина, Галина Калинина **Инфографика:** Ирина Климова, Юлия Крестьянинова

Корректор: Елена Соседова

Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия (epërина (ys@praesens.ru) Отдел продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» (05082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Медиабноро Статус презенс» (05082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1), подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 25 000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 27 августа 2020 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (1991) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: ргаезенз.ги. €-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в 000 «ИПК Парето-Принт», 170546, Тверская область, промышленная зона Боровлёво-1, комплекс №3А, www.pareto-print.ru. Заказ №04442/20 / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламозатель. Обложка: Абдулатип Латипов. Фото на обложке: ⊙ Francesco Scatena / Shutterstock/F0T0000П. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock / F0T0000П. IStock.

- © 000 «Статус презенс»
- © 000 «Медиабюро Статус презенс»
- © Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2фф7



#### главный редактор

#### Радзинский Виктор Євсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
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)
Гагаваян Марина Григорьевна (Курск)

Гаспаров Александр Сергеевич (Москва) Гомберг Михаил Александрович (Москва) Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)

Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва) Гус Алексанор Иосифович (Москва)

Гущин Александр Евгеньевич (Москва)

Доброхотова Юлия Эдуардовна (Москва) Жаркин Николай Александрович (Волгоград)

Жаркин Николай Нлександрович (Волгоград Зазерская Ирина Євгеньевна (С.-Петербург)

Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)

Захарова Нина Ивановна (Московская обл.) Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)

Кира Євгений Фёдорович (Москва)

Коган Игорь Юрьевич (С-Петербург) Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)

Костин Игорь Николаевич (Москва)

Краснопольский Владислав Иванович (Москва)

Кулавский Василий Агеевич (Уфа) Курцер Марк Аркадьевич (Москва)

Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)

Мальцева Лариса Ивановна (Казань) Манухин Игорь Борисович (Москва) Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск) Милованов Андрей Петрович (Москва) Олина Анна Александровна (С-Петербург)

Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)

Ордиянц Ирина Михайловна (Москва)

Пасман Наталья Михайловна (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)

Рымашевский Алексанор Николаевич (Ростов-на-Дони)

(авельева Галина Михайловна (Москва)

(авичева Алевтина Михайловна (С. Петербург)

(ахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)

(емятов (аид Дмитриевич (Москва)

(еров Владимир Николаевич (Московская обл.)

(ерова Ольга Фёдоровна (Москва)

(идорова Ираида (тепановна (Москва)

(ичинава Лали Григорьевна (Москва)

Табакман Юрий Юрьевич (Москва)

Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)

Тотчиев Георгий Феликсович (Цхинвал, Южная Осетия)

Трубникова Лариса Игнатьевна (Ульяновск) Туманова Валентина Алексеевна (Москва)

Уварова Єлена Витальевна (Москва)

Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)

Фукс Александр (Нью-Йорк, США)

Хамошина Марина Борисовна (Москва)

Хомасуридзе Арчил Георгиевич (Тбилиси, Грузия)

Цхай Виталий Борисович (Красноярск) Шалина Раиса Ивановна (Москва)

# status Praesens

runekonorur akymepembo beennognbiñ bak

### СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 слово главного РЕДАКТОРА

### Портрет незнакомки

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о новой реальности и изменившихся пооходах к ведению пациенток

10

новости

ү медполит

### В ожидании новых скрижалей

Критическое осмысление грядущих клинических рекомендаций по преждевременным родам

Князев С.А.



В 2019 году на сайте Минэдрава был представлен проект новых клинических рекомендаций «Преждевременные роды», содержащий много достоинств, выгодно отличающих его от прежних изданий. Насколько оправдались надежды и как мы будем строить свою работу после его утверждения? Попробуем оценить практическую значимость новой версии документа в сравнении с предшественниками.

VIA SCIENTIARUM

### Овариальный детектив

Дифференциальная диагностика дисфункции яичников с позиции клинических рекомендаций

Колода Ю.А., Раевская О.А., Мартынова М.А.

Дисфункция яичников — целая группа состояний, при которых овуляция происходит редко, нерегулярно или же отсутствует вообще. Выяснить, что стало пусковым механизмом такого развития событий, — задача непростая. На этом этапе акушер-гинеколог превращается в детектива, цель которого — не просто зафиксировать наличие дисфункции яичников, но и установить причину, лежащую в основе нарушений.

28

#### Бег на месте

Можно ли снизить количество преждевременных родов

Занько С.Н., Жабченко И.А., Журавлёв А.Ю.

35 NEXT-PPOCBET

### В петле метаболического риска

Инсулинорезистентность при (ПКЯ: патогенез репродуктивных и метаболических наришений и возможности терапевтической коррекции

Хамошина М.Б., Єпишкина-Минина А.А., Рябова В.А., Єлагин И.Б.

Как выглядит типичная пациентка с СПКЯ? Тревожная, неуверенная в себе, полноватая молодая женщина, с акне, гирсутизмом, нарушениями менструального цикла. Однако это лишь верхушка айсберга, а под тёмными водами до поры — до времени таится реальная опасность для женщины и её потомства.

# Status Paesens

runekonorur akymepembo beennognbrå Spak

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

42



48

### Боль по кругу

Патогенез аоеномиоза как основа консервативной терапии

Оразов М.Р., Токтар Л.Р.

Наряду с патологическими выделениями, нарушениями менструальной и репродуктивной функций боль в области нижних отделов живота и таза входит в «большую четвёрку» гинекологических симптомов. В статье речь пойдёт об аденомиозе, наиболее частым симптомом которого служит хроническая тазовая боль.

### Что остаётся за кадром?

Предоперационная подготовка гинекологических пациенток

Радзинский В.Е., Соловьёва А.В.

Современный акушер-гинеколог знает практически всё о тактике ведения пациенток с миомой — все нюансы прописаны в клинических рекомендациях. Однако в документе не упомянут вопрос лечения анемии, нередко возникающей из-за обильных менструальных кровотечений, обусловленных миомой. А ведь именно этот аспект имеет важное значение при планировании оперативного вмешательства.

**55** дискуссионный клуб

### Эстетические нюансы

Возрастные изменения наружных половых органов женщинь

Иванова Є.А.

63 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ



70

### Простой подход к простой гиперплазии

Можно ли назначать КОК для профилактики и лечения гиперплазии эноометоия?

Касян В.Н., Бриль Ю.А.

Медико-социальные проблемы у женщин разных поколений — у наших прапрабабушек и современниц — отличаются. И если раньше это были низкая продолжительность жизни, высокая инфекционная заболеваемость и раннее наступление старости, то сейчас — высокий риск гиперпластических процессов.

### Микробные тайны

Цервиковагинальный дисбиоз и опухолевая трансформация

Кира Є.Ф., Яцышина Д.В., Дьяконов С.А.

Цервикальный скрининг позволяет выявить CIN на ранних стадиях, когда прогноз для жизни и здоровья пациентки благоприятен. Впрочем, препятствия для повышения его результативности весьма многочисленны — это и отсутствие в России адекватной нормативной базы, чётко регламентирующей сроки диагностических мероприятий, и нередко недостаточная квалификация медработников.

# Status Paesens

runekonorus akymepembo beennogubiñ bak

### СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

77 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

### Трудности созревания

Что нужно знать об аномальных маточных кровотечениях пубертатного периода

Коренная В.В.

Специалисты часто недооценивают проблему аномальных маточных кровотечений пубертатного периода, что приводит к несвоевременной диагностике гинекологических, эндокринных, гематологических и соматический заболеваний, нарушениям фертильности по достижении половой зрелости, росту заболеваемости железодефицитной анемией, а также к снижению качества жизни подростков.

82

#### Без вины виноватая

Ведение женщин с эндометриозом: фокцс на качестве жизни

Тихомиров А.Л.

д) экстрагенитология

### Не антибиотиком единым

Альтеонативные поохооы к лечению инфекций мочевых питей

Ордиянц И.М., Дьяконов С.А.

99

### ОПЕРАЦИОННАЯ

### Резать, не дожидаясь?

Пелесообованость и необхоримость поофилактической арнексактомии

Майскова И.Ю.



Профилактическую аднексэктомию обычно назначают пациенткам, в семейном анамнезе которых есть указания на рак репродуктивных органов. Тем не менее её часто выполняют женщинам без этих факторов риска. При этом удаление эдоровых яичников приводит к снижению концентраций эстрогенов и андрогенов, лишает женщину протективного эстрогенного влияния в перименопаузе.

105

РОДЗАЛ

### Идея Робсона

Классификация Робсона в практическом акцијеостве

Мартиросян С.В., Перевозкина О.В., Колташева И.М., Вагущенко У.А., Онищенко А.О.

Восходящий тренд частоты кесаревых сечений не влечёт за собой значимого улучшения исходов для женщин и детей. Очевидно, что части операций можно было бы избежать. Перед врачами стоит задача использовать по максимуму «защитный потенциал» абдоминальных родов, сведя к минимуму долю вмешательств «на всякий случай». Поможет ли в достижении этой цели классификация Робсона?

ПФ ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

# портрет незнакомки

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о новой реальности и изменившихся подходах к ведению пациенток



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

Искусство (наравне с наукой) — один из способов познания мира. Возникнув на заре человечества, оно видоизменялось и эволюционировало. Полагаю, именно стремление понять себя, свою сущность и социальную роль наиболее явно выражено в портретной живописи. Вместе с тем портрет — это и отражение эпохи, в которую он был создан. Оскар Уайльд писал: «Всякий портрет, написанный с любовью, — это, в сущности, портрет самого художника, а не того, кто ему позирует». Что можно понять, вглядываясь в лица наших современниц? Кого мы увидим?

Третья волна научно-технической революции, начавшаяся в середине XX века и знаменующая переход от индустриального общества к постиндустриальному, способствовала глобальным изменениям, которые в начале вроде бы ещё не очень заметно касались самого человечества. Однако происходящие перемены, в том числе антропогенного характера, кардинально изменили социум, окружающую среду, экономику, образ жизни, социальные связи и репродуктивное поведение, повлияв тем самым на здоровье людей в целом. (войственные рубежу столетий метаморфозы вполне ожидаемы, но обществом до конца не осознаны.

ир постоянно меняется, но особенно хорошо заметны эти перемены в исторической ретроспективе. Всего несколько веков назад в большинстве европейских культур представительницы прекрасного пола в основном не имели возможности получить образование и распоряжаться своей жизнью самостоятельно. Женщине в те времена была уготована исключительно роль домохозяйки, матери, обслуги при муже.

Конечно, с увеличением социальной осознанности и заботы о правах человека постепенно менялись и возможности женщин: они уже могли получать образование, голосовать или даже быть избранными, самостоятельно решать — выходить ли замуж и рожать ли детей.

Какая она — наша современница? Вэрослая, образованная, умная, самостоятельная женщина, которая знает иностранные языки, водит автомобиль, прекрасно ориентируется в интернете. При этом она активна, многозначна, умеет

спорить и отстаивать собственную точку зрения, у неё есть чёткие жизненные задачи и цели. Однако в числе приоритетов не доминируют, увы, здоровье и способность к деторождению.



За последние 100 лет перемены произошли не только в социальной сфере. Пожалуй, одно из главных отличий современности — изменение психологических установок, особенно касающихся взаимоотношений «врач-пациентка». Авторитет доктора уже не непререкаем! С одной стороны, его подорвали СМИ, ток-шоу, «защитники прав больных», многочисленные публичные разборы врачебных ошибок. С другой — пациентки не готовы слушать специалиста и беспрекословно выполнять его рекомендации, они будут обследоваться и лечиться там, где хотят, а не где «положено по месту регистрации». «Врачебный патернализм» закончился, и теперь мы должны быть готовы ответить на любые вопросы и дать аргументированные ответы, потому что женщины всё перепровеоят (особенно если Google выдал доугую информацию), а прислушаются к рекомендациям только в том случае, если сочтут доктора достаточно компентентным<sup>1,2</sup>. И всегда необходимо помнить. что многие из наших современниц юридически грамотные и в случае кон-Фликтной ситуации готовы отстаивать свои права в суде. Портрет пациентки не изменится при нашей жизни. Теперь меняться надо нам, поскольку без этого никакой «партисипативности» быть не может!



Изменилась структура (мертности: если в начале XX века преобладали инфекционные заболевания, то в настоящее время — болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и рак репродуктивных органов. Свыше 38% (!) в структуре всей онкологической заболеваемости — гинекологические раки<sup>3</sup>. Понятно, что это стало следствием изменения целей и механизмов репродукции: вместо (еми детей в семье 100 лет назад сейчас — 1—2; продолжительности жизни 45,6 года (не было нормальной постменопаузы) — теперь 77,8<sup>3</sup>.

Причинами признанного ВОЗ с 2017 года эколого-репродуктивного диссонанса стала та самая Малодетность: у наших бабушек за всю жизнь было 60 менструаций, у их внучек — 400; вместо 30—40 овуляций — 130; грудное вскармливание, продолжавшееся 12—18 лет, теперь длится всего полгода. Такие перестройки не предусмотрены эволюцией, а трансформация поведения и фенотипа не в силах изменить биологически заложенную программу и генотип современной женщины. Эти несоответствия и социально детерминированная дезадаптация репродуктивной системы обусловливают нецклонный рост гинекологических заболеваний.

В то же время мировой демографический тренд — сижение рождаемости на всей планете — не прогнозировался и стал неожиданным атрибутом XXI века. Почему и как это происходит — мы не знаем. Причины ищут специалисты разных сфер, а акушеровгинекологов интересует: как без увели-

чения числа абортов (легальных и подпольных) и стабильного, практически не растущего контингента потребителей эффективной контрацепции мир не достиг к 2015 году планируемых 9 млрд жителей на планете и остановился на 7,8 млрд<sup>4</sup>?

Аналогична ситуация и в России: мы пережили «русский крест» — с 1991 года превышение смертности над рождаемостью — и жили достаточно стабильно до 2015 года включительно. В 2016 году мы вступили во второй виток «русского креста» — смертность опять превысила рождаемость. За 3 года суммарный коэффициент рождаемости катастрофически снизился: с 1,78 в 2015 году до 1,58 — в 2018-м, то есть страна недополучила 376 тыс. младенцев.



Одной из острейших и в настоящее время нерешаемых проблем современного акушеоства можно с уверенностью назвать преждевременные роды. Их стабильно растущая частота во всём мире (но не в РФ — догадайтесь почему?) связана, в частности, с тем, что женщины всё чаще рожают в старшем репродуктивном возрасте, когда накоплен багаж гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, к тому же многие такие пациентки вынуждены прибегать к ВРТ, которые сами по себе — фактор риска преждевременных родов. Отсюда и рост числа недоношенных, и повышение детской инвалидности и смертности.

Причины преждевременных родов до конца не выяснены, прогнозировать их зачастую нельзя, лечебные мероприятия неоднозначны, и конечный итог любых врачебных действий, к сожалению, невозможно предсказать. А пока поиск новых и, главное, работающих методов предупреждения преждевременных родов продолжается.

Определённые сложности в сложившуюся ситуацию вносит также отсутствие документа с чётким планом действий и без противоречащих друг другу пунктов, на который могли бы ориентироваться доктора. Представленный к утверждению проект новых клинических рекомендаций по преждевременным родам имеет высокие шансы стать хорошим подспорьем для специалистов, хотя и не может охватить весь спектр вопросов этой нерешённой и пока, увы, нерешаемой проблемы.



Ещё один «акушерско-гинекологический бич» современности — пролиферативные заболевания. До нынешнего момента в женской онкологии 2-е место после рака молочной железы занимал рак шейки матки, но совершенно неожиданно уже в течение нескольких лет оак тела матки обогнал его. Но не потому, что цервикального рака стало меньше, а в силу достоверного увеличения когоот женщин с гистологически верифицированной аденокарциномой эндометрия. Факторы риска остались прежними: ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия<sup>3</sup>. Однако в мире нет скрининга на это заболевание. Пока надежды возложены на биомаркёры, поскольку любимое многими раздельное диагностическое выскабливание, как и шивилизованный метод аспирационной биопсии, даёт до 40% ложноотрицательных результатов. Такая ситуация сложилась сегодня. Не зная её, нельзя лечить ни одну гинекологическую пациентку, пока мы не будем убеждены в отсутствии у неё онкозаболеваний.

Для рака яичников (редкого, но гораздо более агрессивного) не разработано не только скрининговых мероприятий, но и единой системы профилактики, так что в некоторых ситуациях доходит даже до профилактической аднексэктомии (!) во время гистерэктомии, что лишает пациентку репродуктивного возраста не только возможности стать матерью, но и протективного действия эстрогенов.



По заключению ВОЗ, у 35-40% гинекологических больных сопутствующее заболевание — анемизирующий синдром, частота которого не снижается, несмотря на усилия медицинской общественности и принятие мирового консенсуса (2016) по профилактике анемии<sup>5,6</sup>. Однако проблема тоже стала нерешаемой, плохо диагностируемой, как и ожирение, в силу убеждённости медицинских работников, что «от анемии и ожирения не умирают». Увы, умирают! И гораздо раньше отведённого им срока, но «тихие пандемии» (сахарный диабет, ожирение, анемия) ещё нигде не стали глобальной целью поиска и преодоления. Да и как мы можем помочь таким женщинам, если даже в условиях доступной диспансеризации многие из них сами пренебрежительно относятся к себе и к своему здоровью, не посещая специалиста годами? В итоге они обращаются к доктору уже с ярко выраженными симптомами и с запущенным заболеванием, например, когда миома достигла гигантских размеров, а связанные с этим обильные кровотечения привели к инвалидизирующей железодефицитной анемии.

Даже здоровая женщина ежемесячно теряет значительное количество железа, что же говорить о представительницах с хроническим анемизирующем синдромом? Наша задача — обеспечить Каждой приходящей на приём пациентке оптимальную дотацию элемента, учитывая, что для восполнения айрон-статуса у современного акушеоа-гинеколога есть все возможности, начиная от самых точных обследований и заканчивая большим выбором пероральных препаратов двух- и трёхвалентного железа. Если же планируется оперативное вмешательство, необходимо придерживаться принципов бережного отношения к собственной крови пациентов. Эксперты ВОЗ ещё в 2011 году рекомендовали внедрить менеожмент крови пациента во всех странах на национальном уровне.

Сегодня мы всё чаще сталкиваемся с парадоксом, когда взрослая состоявшаяся женщина планирует рождение ребёнка, но фактически это порой становится затруднительно из-за избыточной массы тела и ряда сопутствующих заболеваний 6. Ожирение признано пандемией XXI века. Особенно тревожно, что избыточную массу тела диагностируют у трети детей, а ожирение — у 5–10%; у 80% подростков ожирение переходит во взрослую жизнь $^{7-10}$ . Продолжительность жизни людей, которые приобрели ожирение до 40 лет, снижена в среднем на 7 лет у женщин и на 5,8 года у мужчин.

Всемирная проблема — «толщина» нации увеличивается ежегодно и удесятеряется (!) каждое десятилетие. В то же время метаболический синдром, выступающий прямой или косвенной причиной девяти смертельных заболеваний, вовсе не служит мощным побудительным стимулом для врача начинать оздоровление пациентки. Более того, врачи в упор не

видят ожирение, во многом потому, что зачастую сами им страдают. Так, диагноз «ожирение» стоит лишь у 2% всех женщин, реально его имеющих вне и во время беременности.

Нелепы частые оправдания, что врач не хочет «расстраивать» пациентку. Вершина абсурда! Это придётся делать — объяснять женщине, что она нездорова и ей грозят реальные болезни, причинно связанные с излишним потреблением пищи и малоподвижностью! Одно из следствий — гестационный сахарный диабет, риск которого повышается на 4% на каждую единицу избыточного ИМТ<sup>10</sup>. Но диагноз мы устанавливаем, увы, только в III триместре. Непростительно поздно!

Почему женщины избегают интимных отношений? Причин для этого много, и они связаны не только со стилем жизни (работой, бытовыми проблемами, взаимоотношениями с партнёром) это не имеет отношения к медицине как таковой. Тем не менее многие акушерыгинекологи не спешат интересоваться сексуальным здоровьем своих пациенток. И это тоже можно считать серьёзным упущением в нашей работе, поскольку трудности в сексуальных отношениях могут быть Напрямию (вязаны с гинекологическими заболеваниями. Например, диспареуния — частый симптом эндометриоза.

Секс — это интимный, но чрезвычайно важный аспект жизни человека, влияющий практически на все составляющие такого понятия, как «качество жизни».

Однако до сих пор доля обращений пациенток к акушерам-гинекологам по поводу сексуальных дисфункций мизерна: пациентки знают, что отечественных врачей сексологии не учат. Уже пора! Так же как и пришло время принять тот факт, что сексуальная жизнь необходима в любом возрасте, а рождение внуков — не повод для её прекращения.

Наблюдаемый рост продолжительности жизни ставит перед врачами новые задачи — обеспечить её качество. А учитывая увеличение пенсионного возраста, ещё и поддержание активного

долголетия. Инструменты уже разработаны. МГТ — это шанс замедлить или даже вовсе исключить множество приводящих к ранней смерти заболеваний<sup>11,12</sup>. Однако до сих пор из-за гормонофобии МГТ в стране получают не более 1—2% (!) реально нуждающихся в ней женщин. А «окно» терапевтических возможностей (10 лет после менопаузы) — достаточный срок, чтобы убедить пациентку её начать. Важно в этом быть убеждённым самому врачу!

Anti-ageing-стратегии не ограничены только МГТ. Они включают также модификацию образа жизни, поддержание физической и ментальной активности. методы психологической коррекции. Полноценная программа долголетия это командная работа различных специалистов. Так, в последние годы растёт интерес и врачей, и пациенток к эстетической гинекологии и процедурам, которые поизваны «улучшить» привлекательность интимной зоны. Новые тренды требуют от специалистов новых знаний, в частности об анатомических и физиологических особенностях, ассоциированных с возрастными изменениями.



Пока мы не поймём, что современная девушка, женщина категорически отличается даже от сверстниц 20-летней давности, мы не сможем достичь большого эффекта в лечении гинекологических заболеваний. Ожирение, анемизирующий синдром, экстрагенитальные болезни — всё влияет на статус репродуктивной системы. Пути оздоровления женского организма Меняются ежегодно, и познание этих инноваций необходимо специалистам репродуктивной медицины. Не стоит забывать и о превентивных стратегиях, в частности об огромном, но не используемом в полной мере в силу разных обстоятельств потенциале репродуктивного просвещения. Тем не менее наблюдаемый переход от медицины патерналистской к медицине прогнозирования и профилактики вселяет надежду на улучшение здоровья российских женщин, повышение деторождения, увеличение продолжительности жизни и её качества. Многое — в наших руках! SP

Библиографию см. на с. 110-118.

# в ожидании новых скрижалей

Критическое осмысление грядущих клинических рекомендаций по преждевременным родам



Автор: Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, доц., врач акушер-гинеколог родильного отделения филиала ГКБ №2Ч «Перинатальный центр», StatusPraesens (Москва)

Копирайтинг: Мила Мартынова

Федеральные методические рекомендации, предшественники нынешних клинических, посвящённые преждевременным родам, появились в 1992 году в качестве приложения №2 к Приказу Минздрава России №318 «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения» Издаваемые ранее нормативные документы по этой теме содержали лишь инструкции по ведению медицинской документации, а клинической работы они не касались.

За 28-летний период произошла эволюция: в 2ф13 году вышли клинические рекомендации по преждевременным родам², в 2ф15 году — по организации медицинской эвакуации при этом состоянии³. Помимо многих достоинств по сравнению с версией 1992 года — исчезли дротаверин и папаверин в качестве лечебных средств, эуфиллин для профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) — это было несомненным достижением, но оба издания содержали определённый набор противоречий в рекомендательных позициях, а также с некоторыми приказами Минздрава России. Это вызывало естественное желание практикующих врачей получить такой документ, где эти несоответствия были бы устранены. Наконец, в 2ф19 году для обсуждения на сайте Минздрава был представлен проект новых клинических рекомендаций «Преждевременные роды» Насколько оправдались надежды и как мы будем строить свою работу после его утверждения?

пределённую остроту добавлял затянувшийся период ожидания документа — после 2015 года никаких новых указаний по этой тематике не издавали. В опубликованных на ресурсе http://cr.rosminzdrav.ru клинических рекомендациях с идентификационным номером 331 указан год утверждения 2016, но, по сути, они представляют собой «перекомпилированный» вариант 2013 года<sup>5</sup>. Попробуем оценить практическую значимость новой версии в сравнении с предшественниками.

### Генеральная линия

Основная идеология грядущего документа полностью соответствует современной парадигме, принятой во всём мире: при угрожающих или начавшихся преждевременных родах — острый токолиз для транспортировки недоношенного плода *in utero* в учреждение, где ему могут оказать соответствующую помощь, а также для отсрочки рождения до окончания профилактики РДС инъекциями глюкокортикоидов.

Впервые такая схема появилась в отечественных клинических рекомендациях в 2013 году, до этого предписывали маршрутизацию после 22 нед гестации во II акушерское отделение вместо гинекологического с разворачиванием поста реанимационной помощи недоношенному новорождённому. Изменение подхода привело к (нижению (мертности недоношенных в родовспомогательных учреждениях, так, в 2010 году умирало 27 из 1000 родившихся живыми, в 2018-м — 10,5<sup>6,7</sup>.

щей антибиотикорезистентности отход от данного правила всё чаще будет заканчиваться инфекционными осложнениями, в связи с чем положительный эффект рекомендации сложно переоценить. В предшествующих документах использовали более мягкую формулировку «рекомендуется воздержаться», поэтому усиление до «следует отказаться» — несомненный шаг вперёд.

В обсуждаемом проекте подробно расписана техника осмотра в зеркалах, указана нецелесообразность исполь-

При нормальной длине шейки матки и отрицательных экспресс-тестах госпитализация и токолитическая терапия не рекомендованы. Указана также бессмысленность назначения препаратов после успешного острого токолиза.

В предыдущей версии текста было замечательное утверждение, которое, увы, исчезло в последующей редакции: «Слабые нерегулярные сокращения матки являются нормальным явлением на всех этапах беременности (так называемые "ложные схватки", которые не приводят к изменениям шейки матки)».

# [ Помимо минимизации агрессивных, но малоэффективных процедур, в новом документе продолжена линия на снижение полипрагмазии, что связано с изменением оценки степени укорочения шейки матки. ]

До получения универсального средства, купирующего преждевременные роды (а это вряд ли произойдёт в ближайшие годы), подобная тактика остаётся единственной возможностью снизить последствия досрочного рождения для младенца. Популярное прежде назначение таблетированных форм спаэмолитиков или β-миметиков никакого «профилактического» значения не имеет. Аналогичной идеологии придерживаются последние европейские рекомендации по преждевременным родам, бюллетень ACOG и прочие<sup>8,9</sup>.

# Расстановка приоритетов

Ещё одной позитивной особенностью нового проекта можно считать (мену приоритетов среди диагностических манипуляций — основным методом стал осмотр шейки в зеркалах по сравнению с её пальцевым исследованием. Причина этого выбора исчерпывающе указана в комментариях: «При отсутствии активной родовой деятельности или начавшихся преждевременных родах, при ПРПО\* от проведения влагалищного исследования следует отказаться, так как оно не даёт дополнительной важной информации, но увеличивает риск восходящей инфекции» 4. С учётом расту-

зования различных средств для предупреждения ложных результатов диагностических тестов. Действительно, на практике встречают ложноположительную диагностику ПРПО, когда используют тест, основанный на определении рН (в норме во влагалище кислая среда, рН 3,5—4,5 в отличие от рН амниотической жидкости, равного 6,5—7,5), реагирующий на растворы антисептических препаратов, лубриканты или гель, использованный при трансвагинальном исследовании.

К сожалению, измерение длины сомкнутой части шейки матки с помощью трансвагинального УЗИ предлагается наравне с пальцевым исследованием, хотя во всех современных документах именно цервикометрия — основной метод диагностики. Остаётся только надеяться, что в окончательной редакции клинических рекомендаций акцент будет смещён в сторону менее инвазивной цервикометрии.

Помимо минимизации агрессивных, но малоэффективных процедур, в новом документе продолжена линия на снижение полипрагмазии, что связано с изменением оценки степени укорочения шейки матки. В отличие от клинических рекомендаций 2013 года, определяющих нормальную длину шейки матки «более 3 см»<sup>2</sup>, в проекте новых указана величина «более 25 мм»<sup>4</sup>, что соответствует мировым стандартам.

## Нюансы родоразрешения

Больше ясности в новом документе стало по методам родоразрешения при поеждевоеменных родах. Рекомендации 2013 года ограничивались крайне обтекаемыми формулировками: «Плановое кесарево сечение по сравнению с вагинальными родами не улучшает исходов для недоношенного ребёнка, увеличивая материнскую заболеваемость. Поэтому вагинальные роды для недоношенного плода в головном предлежании предпочтительны, особенно при сроке беременности более 32 нед. Кесарево сечение должно проводиться по обычным акушерским показаниям». Такую же туманную информацию документ содержал относительно тазового предлежания: «Данные об эффективности оперативного родоразрешения при тазовом предлежании противоречивы. Выбор метода родоразрешения должен быть индивидуальным и основываться на клинических показаниях»<sup>2</sup>.

Проект современных рекомендаций предлагает конкретную вводную информацию для принятия решения.

- В 24 нед−27 нед 6 дней кесарево сечение ассоциировано с более низкой частотой тяжёлых неонатальных осложнений.
- При несоответствии массы плода гестационному сроку кесарево сечение предпочтительнее до 31 нед 6 дней беременности.
- Родоразрешение через естественные родовые пути в 32 нед—33 нед

<sup>\*</sup> ПРПО — преждевременный разрыв плодных оболочек.

- 6 дней имеет более благоприятные неонатальные исходы.
- При тазовом предлежании плода до 32 нед 6 дней кесарево сечение рекомендовано в качестве метода выбора родоразрешения.
- В сроках беременности менее 27 нед 6 дней абдоминальное родоразрешение ассоциировано с более низкой частотой неонатальной смертности и тяжёлых внутрижелудочковых кровоизлияний.
- В родах не рекомендована рутинная эпизиотомия.
- Не рекомендовано использование вакуум-экстракции плода в сроке до 33 нед 6 дней беременности⁴.

В комментариях к этим положениям обсуждают нюансы: «при благоприятной акушерской ситуации преждевременные роды в тазовом предлежании возможны», что превращает документ не в догму, а в набор предложений, из которых врач может выбрать наилучшее в конкретной клинической ситуации. Такое сочетание исчерпывающей информации и возможности выбора — значительное достоинство грядущего документа.

Ещё один положительный нюанс: приоритет в использовании методов нейроаксиальной анестезии и рекомендации избегать применения опиатов, что для недоношенных детей с дыхательной недостаточностью крайне важно, поскольку почти все препараты этой группы угнетают дыхание.

## Нестыковки и их причины

Проект документа содержит небольшое количество разночтений с действующими приказами Минздрава России, однако это обстоятельство скорее свидетельствует о плохом качестве последних. Например, относительно антенатальной профилактики РДС плода клинические рекомендации устанавливают сроки, при которых она необходима, — от 24 нед до 33 нед и 6 дней, с незначительными оговорками: для сахарного диабета — до 36 нед, индивидуально — до 24 нед и т.д. Приказ Минздрава России №203н (2017) указывает критерием качества лечения выполнение



профилактики РДС до 37 нед<sup>10</sup>, что можно считать абсурдом, не подтверждённым никакими данными. В этом документе содержится не одно спорное положение, и остаётся надеяться на его (корейшую отмену, поскольку его потенциал провоцировать юридические проблемы вытекает из самого названия: «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Многие «контраверсионные» положения, такие как совместное использование пессария и швов на шейке матки, в текущей редакции удалены из текста, и разночтений с утверждёнными клиническими рекомендациями по истмикоцервикальной недостаточности больше не существует. Нет расхождений также с зарубежными протоколами относительно магнезиальной терапии, которая окончательно получила статус нейропротекции, назначаемой за 24 ч до предполагаемого родоразрешения в сроке беременности от 24 нед до 33 нед 6 дней. Относительно токолитиков и приоритетов в их назначении существуют различия в разных редакциях текста, общее отличие от документов 2013 и 2015 годов — переход в первую линию блокаторов кальциевых каналов<sup>2,3,4</sup>.

### Ложка дёгтя

Несмотря на массу достоинств нового документа, без нескольких недочётов дело не обошлось. Клинические рекомендации по акушерству всегда отличались небрежным отношением к оформлению: логические нестыковки, ссылки на отсутствующие разделы, схемы и алгоритмы, не отвечающие существующим стандартам, — фирменные признаки протоколов лечения заболеваний, относящихся к XV классу МКБ-10.

Апогеем ухода от эдравого смысла можно считать клинические рекомендации по организации медицинской эвакуации при преждевременных родах, на одной странице которых утверждается, что «свойства сульфата магния как токолитического препарата не доказаны», а на следующей препарат приводят в таблице «Токолитические препараты и их побочные эффекты»<sup>3</sup>.

В отношении создающегося документа можно испытывать (держанный оптимизм: многие технические погрешности ранних версий в настоящее время исправлены, остаётся пожелать привести алгоритм действий врача в соответствие с треованиями, изложенными в информационном письме №17-



[ Многие «контраверсионные» положения, такие как совместное использование пессария и швов на шейке матки, в текущей редакции документа удалены из текста, и разночтений с утверждёнными клиническими рекомендациями по истмико-цервикальной недостаточности больше не существует. ]

4/10/1-4939 от 1 сентября 2016 года<sup>11</sup>, поскольку конечная точка размещения любых клинических рекомендаций — рубрикатор, и соответствовать его стандартам придётся.

Более серьёзный пробел проекта готовящихся клинических рекомендаций по преждевременным родам — полное отсутствие материала по целому ряду вопросов, непосредственно с ними связанных и имеющих высокий потенциал судебных разбирательств.

### Вопросы без ответа

Речь идёт о клинических ситуациях, возникающих при преждевременном разрыве плодных оболочек и недоношенной беременности. Будущие клинические рекомендации предлагают выжидательнию тактики в условиях стационара при разрыве плодных оболочек с 24 нед по 36 нед 6 дней, антибактериальную терапию и внутривенное введение сульфата магния пои сооке беременности менее 32 нед 6 дней. Выжидательная тактика должна сопровождаться «оценкой клинико-лабораторных параметров для исключения инфекционного процесса, ПОНРП\*, компрессии пуповины, начала родовой деятельности, оценки состояния плода»<sup>4</sup>.

Относительно «начала родовой деятельности» вопросов нет, в проекте клинических рекомендаций этому посвящён раздел 3.4 «Родоразрешение», обсуждающий многие нюансы тактики родов. Однако если родовая деятельность не наступает, а при мониторинге указанных показателей получен результат, свидетельствующий об осложнениях выжидательной тактики, то начинаются проблемы.

Во-первых, никаких критериев «клинико-лабораторных параметров» или «оценок состояния плода» в тексте нет, поэтому непонятно, как следует оценить результаты наблюдения, если они хоть чуть-чуть отличаются от нормы. Ориентироваться просто на указанные в рекомендациях противопоказания для токолитической терапии получится не во всех случаях, поскольку их перечень краток<sup>4</sup>.

- Внутриутробная гибель плода.
- Врождённые пороки развития, несовместимые с жизнью.

- Тяжёлая преэклампсия и эклампсия.
- Кровотечение у матери с нестабильной гемодинамикой.
- Хориоамнионит.
- Противопоказания со стороны матери к данной терапии.
- ПРПО при сроке беременности более 32 нед.
- ПОНРП.
- Несостоятельность рубца на матке.
- Раскрытие маточного зева 4 см и более.

Однако что делать, к примеру, при выраженном маловодии (кстати, желательно указать его критерии), нарушении плодового кровотока по данным допплерометрии или снижении оценки КТГ? Будет ли считаться противопоказанием к выжидательной тактике

в настоящее время приказы и порядки, регламентирующие оказание помощи в акушерстве, делают преодоление некоторых осложнений ПРПО невыполнимым. В теории именно клинические рекомендации обладают правом развязывания «правовых узлов», но в этом случае они этого не делают.

### Непреодолимые противоречия

Если по каким-либо причинам выжидательная тактика противопоказана, например в случае развития хориоамнионита или выраженного маловодия, то необходимо завершить беременность, но каким способом это сделать?

[ (ерьёзный пробел проекта новых клинических рекомендаций — полное отсутствие материала по многим вопросам, непосредственно с ними связанным и имеющим высокий потенциал судебных разбирательств. ]

нарушение кровотока II или III степени? Список вопросов можно продолжать ещё долго, но найти ответы на них в тексте обсуждаемого документа нельзя. Между тем решение этих проблем находится в зоне повышенной юридической ответственности, когда вероятность получить обвинение в неоказании помощи высока как в случае отказа от токолитической терапии, так и в случае отсрочки родоразрешения, всё зависит от итогового результата.

Конечно, уложить все возможные варианты развития клинической ситуации в один документ вряд ли возможно, да и делать этого не стоит, поскольку излишняя регуляция усложняет выполнение и в подобных случаях привлекает внимание правоохранителей простотой создания обвинительного заключения. Именно поэтому определённые ключевые моменты, служащие опорными точками аналогично упомянутому противопоказанию к токолизу «раскрытие маточного зева более 4 см», всё же необходимы. Помимо отсутствия ориентиров существует ещё проблема ОТСЦТСТВИЯ ИНформации в документе — существующие

Некоторая ясность в проекте рекомендаций наблюдается только в отношении тазового предлежания («до 32 нед 6 дней беременности кесарево сечение рекомендовано в качестве выбора метода родоразрешения») и акушерской тактики ведения наступивших родов — методов анестезии, использования пособий и прочего<sup>4</sup>. Однако никаких вариантов родовозбуждения в документе не обсуждают и не предла-**ГОНОТ** — всё отдаётся на самостоятельное решение врача. И вот здесь начинается юридический квест, выиграть в который при существующем порядке вещей невозможно, поскольку лекарственные препараты для медицинского применения должны быть, во-первых, зарегистрированы на территории Российской Федерации, а во-вторых, их необходимо назначать в соответствии с инструкцией по применению.

В качестве средств для родовозбуждения в нашей стране зарегистрированы простагландины в виде гелей, окситоцин

<sup>\*</sup> ПОНРП — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

и антигестаген мифепристон. Почти на все механические средства либо не продлевали лицензию после прекращения её действия (например, на синтетические расширители), либо они не имели регистрации для применения в акушерстве (мочевые катетеры). Их также не упоминают ни в одних клинических рекомендациях по преждевременным родам, ни в стандарте — Приказе Минздрава России №592н (2012)<sup>12</sup>, однако они указаны в порядке оказания акушерской помощи — Приказе Минздрава России №572н (2012), но в подрубрике не O42 — «Преждевременный разрыв плодных оболочек», а O61 — «Неудачная попытка стимуляции родов» <sup>13</sup>.

В конечном итоге для родовозбуждения остаются лишь фармакологические субстанции, но... в инструкции по применению простагландиновых гелей в качестве противопоказаний указан разрыв плодных оболочек любого генеза, а окситоцин и мифепристон противопоказаны при преждевременных родах.

Юридически задача не имеет решения, несмотря на отдельные попытки это сделать — провести назначение того же мифепристона решением врачебной комиссии, ссылаясь на п. 33 приказа №4н (2019)¹⁴. В реальности такого права у врачебной комиссии нет: согласно п. 15 ст. 37 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», она вправе лишь назначать лекарственные препараты, не входящие в соответствующий стандарт помощи, по медицинским показаниям, но это не имеет отношения к назначению противопоказанного средства 15,16.

# Выход близко, но он закрыт

Ситуация досадная, поскольку именно клинические рекомендации имеют документально закреплённое право предлагать назначение медикаментов, даже если это расходится с инструкцией: «в случае, если тезис-рекомендация относится к лекарственному препарату для медицинского применения, используемому в несоответствии с показаниями к применению и противопоказаниями, способами применения и дозами, содеожащимися в инстоукции по применению лекарственного препарата», «указываются сведения <...> с указанием ссылок на клинические исследования эффективности и безопасности применяемого режима дозирования при данном заболевании либо ссылок на соответствующие источники литературы» 17. То есть в теории именно клинические рекомендации вправе предлагать использовать окситоцин или мифепристон для индукции родов, безусловно (О ((ЫЛКОЙ НА ПООтверждающие эффективность и безопасность исследования, которых в мировой научной литературе очень мало.

В зарубежных гайдлайнах эти назначения в лучшем случае имеют статус «профессионального консенсуса»<sup>18</sup>, поскольку базируются на отдельных публикациях. Необходимо крупное исследование или хотя бы анализ имеюрожнения матки после гибели плода, к тому же этот документ не обновляли с  $2009 \, \text{года}^{20}$ .

Возможно, эти вопросы будут освещены в рекомендациях по родовозбуждению, но существует небольшая сложность: согласно п. 7 ст. 37 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «по каждому заболеванию, состоянию (группе заболеваний, состояний) для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено соответственно не более одной клинической рекомендации» 15. В обсуждаемом пооекте указаны коды заболеваний и состояний по МКБ-10. к которым они относятся, и поскольку рубрика O42 «Преждевременный разрыв плодных оболочек» есть в их числе, это автоматически исключает возможность упоминания данной подрубрики в других клинических рекомендациях.

[ В теории именно клинические рекомендации вправе предлагать использовать окситоцин или мифепристон для индукции родов со ссылкой на исследования, которых в мировой научной литературе очень мало. ]

щихся отечественных и зарубежных публикаций, которые позволили бы закрыть существующий пробел. В настоящее время мы не имеем ни анализа разрозненных публикаций, ни «профессионального консенсуса», поэтому вопрос остаётся без ответа.

Недосказанность по этой проблеме существует не только в нашей стране. В марте 2020 года вышел бюллетень ACOG №217 «Дородовый разрыв оболочек (Prelabor Rupture of Membranes)»<sup>19</sup>, содержащий крайне скудную информацию по родовозбуждению при недоношенной беременности. Единственная ссылка относится к исследованию 2018 года, в котором оценивали различные варианты родовозбуждения при излитии вод в 34 нед и более, остальные две ссылки перешли из прежних рекомендаций 2018 года и имеют отношение только к доношенной беременности. Бюллетень №107 по индукции родов также обходит тему родовозбуждения до 37 нед гестации, за исключением необходимости опо-



Подводя итоги, можно с уверенностью констатировать, что проект клинических рекомендаций по преждевременным родам содержит МНОГО ООСТОИНСТВ, выгодно отличающих его от прежних изданий. Приоритет безопасных методов исследования, снижение гипердиагностики и полипрагмазии — (ОВременные мировые тенденции, и отечественный документ полностью им соответствует. В представленном варианте намного меньше логических нестыковок, и некоторые существующие вызваны не столько недоработкой документа, сколько низким качеством некоторых приказов Минздрава России. Хочется надеяться, что существующие пробелы будут по возможности заполнены полезной информацией, что в свою очередь существенно поможет врачам в решении непростых вопросов.

Библиографию см. на с. 110-118.



# новый формат чтения от StatusPraesens

Регулярные обновления, круглосуточно и бесплатно

- Клинические рекомендации
- Справочная информация
- Избранные публикации
- Конференции и мероприятия











# идея Робсона

### Классификация Робсона в практическом акушерстве







Авторы: Сергей Валериевич Мартиросян, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии Уральского государственного медицинского университета, главный врач Екатеринбургского клинического перинатального центра; Ольга Владимировна Перевозкина, канд. мед. наук, зав. организационно-методическим отделом того же центра; Ирина Михайловна Колташева, зав. отделом менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности того же центра; Ульяна Андреевна Вагущенко, врач организационно-методического отдела того же центра; Ялександра Олеговна Онищенко, зав. родовым отделением акушерского стационара № (Екатеринбург)

Копирайтинг: Юлия Бриль, Дарья Яцышина

Кесарево сечение (КС), выполненное в строгом соответствии с медицинскими показаниями, — мощный инструмент для снижения материнских и перинатальных потерь. Однако восходящий тренд частоты абдоминальных родоразрешений, отмеченный в последние годы в нашей стране и во всём мире, не влечёт за собой столь же значимого улучшения исходов для женщин и детей. Очевидно, что части операций можно было бы избежать. В этой связи перед акушерами-гинекологами стоит задача использовать по максимуму «защитный потенциал» абдоминальных родов, сведя к минимуму долю вмешательств «на всякий случай».

Помогает ли в достижении этой цели классификация Майкла Робсона (Michael Robson)? Так ли необ-ходимо это ежегодное ретроспективное исследование в родильном доме городка N или столичном перинатальном центре, особенно если в этих учреждениях не меняется клиническая практика и «буксует» внедрение современных технологий родовспоможения? Попробуем разобраться!

опреки сложившемуся мнению КС — отнюдь не более безопасная альтернатива родам рег vias naturales<sup>1,2</sup>. Согласно результатам популяционного исследования в Канаде, с КС ассоциирован высокий риск тяжёлых состояний у матери. Так, у женщин после абдоминального родоразрешения достоверно чаще отмечали некупируемое кровотечение (что служило причиной гистерэктомии)  $(O \coprod 2,1; 95\% \ ДИ 1,2-3,8)$ , осложнения после анестезии (ОШ 2,3; 95% AU 2,0-2,6), остановку сердца (ОШ 5,1; ДИ 95% 4,1—6,3), острую почечную недостаточность (ОШ 2,2; 95% JU 0.5-9), необходимость в UBA(ОШ 2; 95% ДИ 0,9-4,5), венозную тромбоэмболию (ОШ 2,2; 95%

ДИ 1,5—3,2), тяжёлые инфекции (ОШ 3; 95% ДИ 2,7—3,4), расхождение швов (ОШ 1,9; 95% ДИ 1,4—2,5), образование раневых гематом (ОШ 5,1; 95% ДИ 4,6—5,5)<sup>3</sup>.

У 1% пациенток после одного выполненного ранее КС формируется предлежание плаценты, у 3% — после трёх абдоминальных родоразрешений и более. Кроме того, с ростом кратности предыдущих КС также увеличивается риск приращения предлежащей плаценты, а у 40% беременных с соответствующим анамнезом обнаруживают её вращение<sup>4</sup>.

Абдоминальное родоразрешение негативно влияет и на неонатальные исходы: у новорождённых нередки дыхательные нарушения и повреждения

инструментами<sup>5</sup>. Тем не менее частота КС в России, равно как и во всём мире, неуклонно растёт: в нашей стране 30% родов — оперативные.

### Недостижимый идеал

Существует ли идеальная частота КСР ВОЗ с 1985 года указывает: рост этого параметра (выше 10—15% вряд ли можно обосновать исключительно медицинскими причинами<sup>6</sup>. Однако ни в коем случае недопустимо «бороться за цифру»! На статистические показатели влияют многие факторы: уровень родовспомогательного учреждения, навыки медицинского персонала, оснащённость клиники и др.

Реализовать потенциал КС и нивелировать риски хирургического вмешательства помогает выполнение опеоации по стоогим показаниям. Для их определения используют клиническое наблюдение за пациенткой, лабораторные и инстоументальные методы обследования в интранатальном периоде. За последние несколько лет «диагностический арсенал» практически не менялся, например, всё также необходимо ведение партограммы и выполнение кардиотокографии (КТГ). Однако самое современное оборудование без грамотной интерпретации полученных результатов бесполезно и даже вредно.

без улучшения неонатальных исходов $^{7}$ . При этом постоянный мониторинг ограничивает важные и полезные действия ооженицы: невозможно своболно пеоедвигаться и менять положение, затруднительны также и немедикаментозные методы обезболивания.

Кроме того, определение уровня лактата крови из кожи предлежащей части плода (проба Залинга) подтверждает угрожающее состояние последнего и потребность в КС только в одном из четырёх эпизодов патологического и сомнительного типа кривых КТГ. Именно поэтому у женщин низкого риска со спонтанно начавшимися родами целе-

По резильтатам Кокрейновского обзора (2017), и женщин с низким риском перинатальных осложнений использование непрерывной КТГ в родах увеличивает долю КС без улучшения неонатальных исходов.

Так, одно из основных показаний для абдоминального родоразрешения при самостоятельно развившейся родовой деятельности — ОИСТРЕСС ПЛООВ, диагностируемый при помощи КТГ. Тем не менее, по результатам Кокрейновского обзора (2017), у женщин с низким риском перинатальных осложнений использование Непрерывной КТГ в родах увеличивает долю КС и других медицинских вмешательств сообразнее выполнять периодическую ац(кильтацию сердечных сокращений плода ультразвуковым допплерографическим устройством или стетоскопом Пинара<sup>8</sup>, соблюдая при этом определённые правила выполнения методики.

Ещё одно показание к КС — нарушения родовой деятельности. Результаты международных популяционных исследований (2000—2012) радикаль-

Эмоциональный компонент

Невозможно предсказать заранее, как пройдут роды: у одних отмечают хорошие схватки и «плавную» хронологию интранатальных событий, у других показания к оперативной акушерской тактике. Причин нарушения родовой деятельности — множество. Однако важно учитывать не только те факторы, которые можно выявить при осмотре или при помощи лабораторных и инструментальных методов обследования, но и более «тонкие» триггеры осложнений — эмоциональные переживания женщины.

Способствуют уменьшению психологического и бытового дискомфорта женщины базовые перинатальные практики. Они позволяют снизить тревожность роженицы, потребность в обезболивании лекарственными средствами и иных вмешательствах, а также  $\frac{\text{Heofxogumo(ttb B K(}^{9-11}\text{. K ним относят:}}{\text{...}}$ 

- свободное положение в I и II периодах родов;
- отдельную родовую палату;
- присутствие партнёра;
- возможность употребления жидкости и пищи:
- немедикаментозные методы обезболивания.

но изменили взгляоы на ноомальный оодовой процесс. Оказалось, что максимальная (корость открытия шейки матки лостигается после 5-6, а не 3 см открытия (по Фридману) 12,13. Кроме того, динамика этого показателя в активную фазу родов менее ) (м/ч не увеличивает риски неблагоприятных перинатальных исходов<sup>14</sup>.

Таким образом, началом активной фазы | периода родов рекомендовано считать показатель 5 (М и с этого момента строить график открытия шейки матки, а также применять соответствующие протоколы ведения. Такая тактика позволит снизить оиск необоснованных вмешательств $^8$ .

В отношении продолжительности II периода родов необходимо отметить: у первородящих он может олиться до 3 ч, у повторнородящих — 2 ч. Этот временной интервал увеличивается ещё на 1 ч при использовании эпидуральной анестезии<sup>15</sup>.

### В поиске резерва

Для учёта частоты КС ВОЗ в 2015 году предложила использовать КЛассификацию Майкла Робсона (Michael Robson) в качестве международного стандарта для мониторинга абдоминальных родоразрешений в медицинских учреждениях, а в 2019 году эту рекомендацию поддержал отечественный Минздрав.

Классификация проста, информативна, легка, универсальна и применима для местного, регионального и международного использования. Адекватный данных позволяет выявить не только ПЦТИ (НИЖЕНИЯ доли КС, но и увидеть системные проблемы оказания медицинской помощи в конкретном учреждении.

Любые роды в зависимости от паритета, количества плодов, их положения и предлежания, гестационного срока и наличия в анамнезе КС могут быть отнесены к одной из 10 групп. В каждой из них определяют частоту КС, а далее оценивают вклад в общее количество абдоминальных родоразрешений. Как формируются группы?

 Первую составляют первородящие с одноплодной доношенной беременностью, у которых роды начались самостоятельно.

- Вторую первородящие с одноплодной доношенной беременностью, потребовавшие активного медицинского вмешательства до начала родов (КС или индукция родовой деятельности).
- Третью повторнородящие, самостоятельно вступившие в роды, без КС в анамнезе.
- Четвёртую повторнородящие с одноплодной доношенной беременностью, с головным предлежанием плода, с индукцией родов или КС до наступления родовой деятельности.
- Пятую повторнородящие с доношенным плодом в головном предлежании и рубцом на матке после предыдущего КС.
- Шестую первородящие с одноплодной беременностью с тазовым предлежанием.
- Седьмую повторнородящие с одноплодной беременностью с тазовым предлежанием.
- Восьмую роженицы с многоплодием, включая женщин с КС в анамнезе.
- Девятую все женщины с поперечным или косым положением плода (в том числе имеющие в анамнезе одно или несколько КС).
- Десятую все роженицы на сроке гестации менее 37 нед, с одним плодом и его головным предлежанием.

### Было — стало

Екатеринбургский клинический перинатальный центр (ЕКПЦ) использует классификацию Робсона с 2ф17 года. Подробный анализ каждой группы и сравнение с международной практикой позволили оптимизировать частоту КС (табл. 1 и 2) и за 2 года снизить количество абдоминальных родов в целом на 4,5% (с 33,2 до 28,7% с 2017 по 2019 год).

При анализе частоты КС нужно учитывать не только случаи абдоминального родоразрешения, но и соотношения между группами. Так, первая группа должна относиться ко второй как 2:1 (то есть самостоятельно начавшихся первых родов должно быть в 2 раза больше, чем родов с активной тактикой до их начала), а третья к четвёртой (то же у повторнородящих) — 4:1. Важно также обращать внимание на целевой уровень абдоми-

Таблица 1. Классификация Робсона в ЕКПЦ в 2017 году

Группа	КС в группе	Всего родов в группах	Размер группы, %	Частота КС в группах, %	Относительный вклад в общее количество КС, %
1	275	2117	22,9	13	9
2	662	1420	15,4	46,6	21,6
3	90	2479	26,8	3,6	2,9
4	231	870	9,4	26,6	7,5
5	975	1078	11,7	90,4	31,7
6	161	168	1,8	95,8	5,2
7	137	153	1,7	89,5	4,5
8	165	238	2,6	69,3	5,4
9	40	40	0,4	100	1,3
10	335	677	7,3	49,5	10,9
Всего	3071	9240	100	33,2	100

Таблица 2. Классификация Робсона в ЕКПЦ в 2019 году

Группа	КС в группе	Всего родов в группах	Размер группы, %	Частота КС в группах, %	Относительный вклад в общее количество КС, %
1	247	2070	23,1	11,9	9,6
2	574	1267	14,1	45,3	22,3
3	73	2554	28,5	2,9	2,8
4	180	781	8,7	23	7
5	754	1023	11,4	73,7	29,3
6	121	144	1,6	84	4,7
7	91	122	1,4	74,6	3,5
8	164	259	2,9	63,3	6,4
9	14	14	0,2	100	0,5
10	356	736	8,2	48,4	13,8
Всего	2574	8970	100	28,7	100

нального родоразрешения: он должен находиться на отметке 10% в первой группе и 2,5-3% в третьей.

Доля КС в первой и третьей группах непосредственно зависит от качества диагностики и технологий, используемых во время родов. На федеральном уровне не существует клинических рекомендаций, посвящённых интранатальному наблюдению, поэтому в 2015 году мы разработали и внедрили локальный протокол, включающий:

- обеспечение принципа поддержки во время родов «одна роженица одна акушерка»;
- аускультацию у рожениц с низким риском перинатальных осложнений;

- унифицированную систему оценки КТГ;
- определение лактата крови из кожи предлежащей части плода;
- STAN-технологию;
- формализованный алгоритм принятия решения.

Наличие локального протокола потребовало внедрения дополнительных тренингов для медицинского персонала: врачи и акушерки обучаются и отрабатывают необходимые навыки дважды в год. Это, безусловно, помогло оптимизировать подход к выполнению КС.

В 2017 году в ЕКПЦ соотношения первой ко второй и третьей к четвёртой группе составили, соответственно, 1,49

и 2,85, а в 2019-м — уже 1,64 и 3,28. При этом анализ частоты КС подтвердил её снижение у перво- и повторнородящих, самостоятельно вступивших в роды. Целевой уровень абдоминального родоразрешения в первой группе уменьшился с 13 до 11,9%, а в третьей — с 3,6 до 2,9%.

Частота КС во второй и четвёртой группах (перво- и повторнородящие, потребовавшие активного медицинского вмешательства до начала родов) зависит от количества индукций и должна быть менее 30 и 20% соответственно. Спустя 2 года после введения в работу классификации Робсона отмечена тенденция к сижению показателей — с 46,6 до 45,3% и с 26,6 до 23%. Для уменьшения доли абдоминальных родоразрешений мы использовали несколько подходов.

• Во-первых, пересмотрели показания для КС до начала родовой деятельности в сторону расширения критериев для индукции родов. Анализируя мотивы для планового КС и международные данные, мы пришли к выводу: стимуляцию родовой деятельности возможно выполнять при крупном плоде, «незрелой» шейке матки, тяжёлой преэклампсии, задержке роста плода.

### Альтернатива есть!

Наложение акушерских щипцов и вакуум-экстракцию считают  $6e_30п_4$ (ной альтернативой КС. Разумеется, эти операции должны выполнять подготовленные специалисты с хорошими мануальными навыками. Достичь высокого уровня манипуляций возможно при помощи постоянных тренингов (не реже 2 раз в год) и доступности симуляционного оборудования  $^{16}$ . В настоящее время доля оперативных вагинальных родов в ЕКПЦ — 2,5-2,7%.

Снизить потребность в КС позволяет ещё одна манипуляция — мануальная ротация плода из заднего вида в передний. При заднем виде затылочного предлежания II период родов нередко удлинён (в среднем на 45 мин) или роды вовсе останавливаются, что служит причиной увеличения частоты введения окситоцина, а также КС (в 3 раза!). При этом абдоминальное родоразрешение, выполненное на полном открытии, чревато трудностями в извлечении плода, непреднамеренным расширением разреза на матке вниз и на сосудистые пучки<sup>17–19</sup>.

Мануальная ротация плода из заднего вида в передний помогает предупредить эти осложнения  $^{20,21}$ . В результате применения этой техники в ЕКПЦ (общее количество клинических случаев — 49, успешно — 45) у 89% женщин удалось завершить роды *per vias naturales* (все дети родились в удовлетворительном состоянии).

[ Классификация Робсона позволяет оценить эффективность внедрения современных перинатальных технологий в учреждении родовспоможения любого уровня.]

Во-вторых, на основании научных доказательств высокого уровня изменили подходы к индукции родов (алгоритм введения окситоцина, наблюдения за роженицами, действия при гиперстимуляции, критерии «неудавшейся индукции» и т.д) и обновили локальный протокол. Мероприятия позволили снизить количество КС в 2 раза по показанию «отсутствие эффекта от индукции» (с 17 до 8%) и на 8% из-за «дистресса плода» (с 48 до 40% в 2017 и 2019 годах).

При анализе пятой группы, включающей рожениц с доношенным плодом и рубцом на матке после предыдущего КС, было обнаружено значительное снижение частоты КС — на 16,7% (с 90,4 до 73,7%). У 65% пациенток попытка родов рег vias naturales была успешной. Результатам способствовали информированность женщин о возможности вагинальных родов после перенесённого оперативного родоразрешения, разработка чек-листа по принятию решения при консультировании этой когорты пациенток и внедрение в работу локального клинического протокола.

Шестая группа должна быть в 2 раза больше седьмой (соответственно перво- и повторнородящие с тазовым предлежанием плода). Причины просты: тазовое предлежание чаще формируется у тех, кто рожает впервые, а попытки наружного акушерского поворота успешнее у повторнородящих.

За два года доля этих пациенток в общем количестве КС не изменилась: 1,8 и 1,7% в 2017 году, 1,6 и 1,4% в 2019 году. Однако внутригрупповая частота абдоминальных родоразрешений уменьшилась: у первородящих — с 95,8 до 84%, а при повторных родах — с 89,5 до 74,6%. В 2019 году на базе ЕКПЦ клиницисты выполнили 85 попыток поворота, из них более трети — успешно. При этом потребность в экстренном КС при применении манипуляции не возникала.

В восьмой группе (роженицы с многоплодием) частота КС уменьшилась с 69,3 до 63,3%. Вагинальные роды возможны у каждой женщины с двойней при доношенной или почти доношенной беременности и головном предлежании первого плода, а тазовое предлежание или поперечное положение второго плода не должны быть ограничением для вагинальных родов<sup>22</sup>. Безусловно, при этом необходимо наличие в учреждении протокола и системы обучения врачей мануальным навыкам приёма родов при двойнях.



Подводя итоги, можно сказать, что классификация Робсона позволяет оценить эффективность внедрения современных перинатальных технологий в учреждении родовспоможения любого уровня. Однако бессмысленно каждый год тратить время только на заполнение её граф, если в этом самом году ничего не сделано для улучшения клинической практики!

Благодаря анализу данных по классификации Робсона нам удалось выявить резервы для (нижения количества КС, а улучшение клинической практики и применение современных методов родовспоможения позволили уменьшить частоту абдоминальных родоразрешений на 4,5% за 2 года.

Библиографию см. на с. 110-118.

### StatusPraesens

## Книги от StatusPraesens



Под редакцией

В.Е. Радзинского, М.Р. Оразова

Самые сложные вопросы об эндометриозе и связанном с ним бесплодии в формате «версии и контраверсии» — наиболее эффективном для осмысления новой научной информации! Практические рекомендации по диагностике и лечению для реализации репродуктивной функции пациентки.

**Авторы:** А.В. Соловьёва, В.Г. Стуров и соавт. **Под редакцией** В.Е. Радзинского

В книге изложены современные представления об анемии, распространённости различных видов этого заболевания и их влиянии на состояние репродуктивной системы женщин, а также допустимый для акушеров-гинекологов функционал в преодолении анемии (Приказ №572н).





**Авторы:** Т.Н. Бебнева, С.И. Петренко **Под редакцией** В.Е. Радзинского

Краткий, но максимально полный курс кольпоскопии, путеводитель для врача, созданный ведущими отечественными экспертами! Атлас содержит более 250 фотографий, образцы заполнения протоколов исследования и разборы реальных клинических случаев.

### Как купить

- Онлайн на сайте praesens.ru в разделе «Книги»
- На мероприятиях StatusPraesens

- ig@praesens.ru
- **\** +7 (499) 346 3902, доб. 503, 514
- praesens.ru

- **f** stpraesens
- w praesens
- statuspraesens
- \* Стоимость книги с доставкой по России 1300 руб.
- \*\* Стоимость книги с доставкой по России 2100 руб. Цены действительны до 31 декабря 2020 года.

# резать, не дожидаясь:

Целесообразность и необходимость профилактической аднексэктомии



**Автор**: Ирина Юрьевна **Майскова**, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог международного медицинского центра «Он Клиник» (Москва)

Слово «хирург» (от др.-греч.  $\chi \epsilon i \rho$  — «рука» и  $\epsilon \rho \gamma o \nu$  — «работа») пришло к нам из лексикона древних греков и обозначало «рукоделие», «ремесло». Оно подразумевало не только врача, но и парикмахера — вплоть до XIX века цирюльники не только стригли и брили клиентов, но и оказывали услуги медицинского характера, например, вырывали зубы, ставили пиявки, делали кровопускание. Обязанности современных специалистов-хирургов, разумеется, гораздо сложнее и шире, хотя и для них (как и для мастеров по причёскам) важно не отрезать лишнего. Ведь внутренние органы, в отличие от волос, уже не отрастут.

истерэктомия — одна из самых распространённых гинекологических операций в мире<sup>1,2</sup>. С 1995 года отмечают тенденцию к снижению её частоты в связи с появлением левоноргестрелсодержащих внутриматочных систем, селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов, аблативных методик и других консервативных методов лечения доброкачественных заболеваний матки. Женщины, подвергающиеся такому вмешательству, находятся в основном в периоде перименопацзального перехода, именно поэтому тактику в отношении придатков матки необходимо также определять на предоперационном этапе.

### Быть или не быть?

Профилактическая аднексэктомия (АЭ) — это удаление клинически не изменённых яичников и маточных труб при выполнении (истерэктомии по по-

воду доброкачественных заболеваний матки с целью снижения вероятности рака яичников и иных патологических состояний.

Частота  $A\Theta$  во время удаления матки по поводу доброкачественных заболеваний составляет  $43.7\%^3$ . Отметим, что потенциальный риск оперативного вмешательства на придатках у женщин, ранее перенёсших гистерэктомию, может достигать  $9.2\%^4$ .

Профилактическую  $A\Im$  обычно выполняют пациенткам, в семейном анамнезе которых есть указания на рак репродуктивных органов. Ещё одна группа женщин, которым показано это вмещательство, — носительницы опасных мутаций генов BRCA1 или BRCA2. Частота элокачественных овариальных новообразований у них на протяжении жизни составляет от 15 до 6%.

Тем не менее профилактическую АЭ часто выполняют пациенткам без этих факторов риска. При этом удаление здоровых яичников приводит к снижению

[ Профилактическую АЭ обычно назначают пациенткам, в семейном анамнезе которых есть указания на рак репродуктивных органов, или носительницам опасных мутаций генов BR(A) или BR(A2.] концентрации эстрогенов и андрогенов, лишает женщину протективного эстрогенного влияния в перименопаузе. Последнее ассоциировано с повышением риска смертности в целом, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний и рака лёгких<sup>5</sup>.

## Осознанная необходимость: против...

Средний возраст естественной менопаузы (52,5 года<sup>6</sup>) остаётся неизменным на протяжении многих лет, что генетически детерминировано и не зависит от социально-экономических условий, расовой принадлежности, наступления менархе или количества свершившихся овуляций. Ряд факторов (курение, химиотерапия и лучевое воздействие на область малого таза) оказывают токсическое воздействие на яичники и приводят к преждевременной менопаузе<sup>7</sup>.

Физиологический менопаузальный переход сопровождается изменениями в гипоталамусе и гипофизе, но в первую

сосудистых заболеваний и остеопороза<sup>9</sup>, и снижение концентраций женских половых гормонов влечёт за собой многочисленные неблагоприятные последствия. Менопаузальное уменьшение продукции прогестерона ассоциировано с повышением риска пролиферации эндометрия, его гиперплазии и возникновения рака тела матки в случае продолжающейся эстрогенной стимуляции, естественной или медикаментозной 10.

При хирургической менопаузе эти эндокринные процессы резко спрессованы во времени, что влечёт за собой неблагоприятные последствия для организма женщины. Возможно также быстрое угнетение овариальной функции после удаления матки. Так, по данным ретроспективного контролируемого исследования (1987) у 34% пациенток яичниковая недостаточность наступила в течение 2 лет после гистерэктомии, что значительно превысило аналогичный показатель в группе контроля 11.

Установлено, что хирургическая менопауза ассоциирована с повышенным риском ишемической болезни сероца (ИБС)<sup>12</sup>. Это подтверждают результаты многих научных работ. Например, когортный анализ пациенток известного

[Эстрогены играют защитную роль в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза, и снижение концентраций женских половых гормонов влечёт за собой многочисленные неблагоприятные последствия.]

очередь возникает яичниковая недостаточность. Женские гонады больше не способны отвечать на воздействие фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, следствием чего становится снижение выработки прогестерона и эстрогенов. При этом нарушена и секреция гонадотропин-рилизинг-гормона по механизму обратной связи<sup>8</sup>.

Продукция яичниками анорогенов в постменопаузе снижается, но не прекращается. Сохраняется и низкая концентрация циркулирующих эстрогенов, в основном за счёт периферической ароматизации овариальных или надпочечниковых андрогенов в жировой ткани. Известно, что эстрогены играют важную защитную роль в отношении сероечно-

американского исследования состояния здоровья медсестёр Nurses' Health Study (NHS) включил 13 305 женщин, подвергшихся (ИСТерэКТОМИИ с сохранёнными яичниками, и 16 345 — с сопутствующей билатеральной АЭ. Оказалось, что оофорэктомия у участниц в возрасте до 50 лет увеличивает вероятность смерти от всех причин на 40%, а риск инфаркта миокарда — в 2 раза по сравнению с женщинами с интактными яичниками 13. Впрочем, в рамках ещё одного крупного исследования, «Инициатива во имя здоровья женщин» (Women's Health Initiative, WHI), повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний наблюдали после гистерэктомии независимо от удаления или сохранения придатков<sup>14</sup>. Как избежать этих опасных последствий операции? Работы по исследованию состояния здоровья женщин в постменопаузе продемонстрировали положительное влияние менопаузальной гормональной терапии (МГТ) в отношении риска сердечно-сосудистых заболеваний. Конечно, опубликованные в 2002 году небезызвестные результаты того же WHI стали поводом к жарким дебатам о соотношении риска и пользы МГТ, в том числе и у пациенток с хирургической менопаузой<sup>15</sup>.

Есть предположение, что АЭ может лишь «перераспределять» заболеваемость и смертность. В частности, шведское когортное исследование (2003) с участием 152 пациенток после оофоржтомии, не получавших МГТ, показало, что (мертность от сердечно-сосудистых заболеваний в этой группе была значительно выше, чем в общей популяции. Тем не менее различий в отношении продолжительности жизни не наблюдали 16.

Результаты продолжающегося исследования NHS, опубликованные в 2009 году, позволили оценить состояние здоровья 29 650 пациенток в рамках ретроспективного (24 года) анализа. При сравнении с женщинами с интактными яичниками вероятность ИБС после оофорэктомии была на 17% выше, а в подгруппе женщин, прооперированных в возрасте до 45 лет, — на 26%. Риск смерти от ИБС вырос на 28%<sup>13</sup>.

У участниц NHS после оофорэктомии, не принимавших препараты МГТ (или в случае хирургического вмешательства в возрасте до 50 лет), риск острого нарушения мозгового кровообращения возрос на 85%, а ИБС — на 98% по сравнению с женщинами с сохранёнными яичниками. При этом у пользовательниц МГТ таких критических изменений не было 17.

Недавний ретроспективный анализ (2017), включивший 113 679 участниц в возрасте 35—45 лет после гистерэктомии в сочетании с билатеральной АЭ (32,6%) по сравнению с удалением матки и сохранёнными яичниками или АЭ с одной стороны (67,4%), показал: при хотя бы одном сохранённом яичнике отмечено значительное снижение частоты ИБС<sup>18</sup>.

Впрочем, проблемы со здоровьем после АЭ не ограничены сердечно-сосудистыми нарушениями. В авторитетной

клинике Мейо (Мауо clinic, Рочестер, шт. Миннесота, США) выполнили когортное исследование, показавшее, что риск депрессии после оофорэктомии повышается на 54%, деменции и иных когнитивных проблем — на 70%, паркинсонияма — на 80%, тревожности — на 129% <sup>19–21</sup>. При этом чем моложе была прооперированная женщина, тем выше становилась вероятность этих расстройств. Исключением стали использовавшие МГТ пациентки.

#### ...N 3A

Частота овариального рака в популяции российских женщин составляет 4,2%, и ежегодно в нашей стране это онкозаболевание уносит около 7600 жизней. Смертность от этой злокачественной опухоли занимает второе место среди всех типов гинекологического рака, уступая только раку молочной железы (РМЖ)<sup>22</sup>. Чаще всего рак яичников представлен агрессивной эпителиальной карциномой, которая становится причиной смерти у 90% таких пациенток<sup>23</sup>.

На ранних стадиях рак яичников можно эффективно вылечить, однако в большинстве случаев диагноз ставят слишком поздно, когда 5-летняя выживаемость падает ниже отметки 50%. Основная проблема — сложность раннего выявления этой опухоли в связи с низкой специфичностью наиболее распространённых диагностических методик — определения концентрации онкомаркёра CA-125 и трансвагинального УЗИ<sup>24</sup>.

К факторам риска овариального рака относят бесплодие (и отсутствие беременностей в целом), раннее менархе, позднюю менопаузу, алиментарное ожирение, приём эстрогенов на протяжении 10 лет и более. При этом КОК снижают вероятность рака яичников на треть<sup>25</sup>. Этот эффект 90303ависим: чем дольше женщина их принимает, тем меньше риск заболевания, каждые 5 лет приёма КОК снижают его примерно на 20%. Протективное действие сохраняется в течение 30 лет после отмены препарата<sup>26</sup>.

В частности, вероятность рака яичников у женщины хотя бы с тремя родами в анамнезе и 4 года использовавшей КОК к 65 годам составляет 0,3%, тог-



[ У пациенток с сальпингэктомией риск овариального рака снижается, но не исчезает полностью: злокачественная опухоль может возникать не только из эпителия фаллопиевых труб, но и в самом яичнике.]

да как у нерожавшей и не принимавшей КОК этот показатель достигает  $1,6\%^{27}$ . Важно отметить, что у носительниц мутаций генов BRCA1/2 использование КОК также (нижает риск овариального рака на  $5\%^{28,29}$ . Тем не менее эти генетические изменения ассоциированы с риском РМЖ — и нельзя исключить, что в этой популяции КОК могут повысить вероятность РМЖ<sup>30</sup>.

Результаты исследования NHS (2009) выявили (нижение частоты рака яичников на 96% и смертности от него — на 94% у пациенток после оофорэктомии. За время 24-летнего наблюдения 34 (0,26%) из 13 305 женщин группы с сохранёнными яичниками погибли от этого онкологического заболевания. У участниц с перенесённой оофорэкто-

мией отмечали (нижение риска РМЖ на 25%, а у оперированных в возрасте до 45 лет — на 38%. Пациентки с оофорэктомией имели сниженный риск заболеваемости всеми видами рака на 10%, но неожиданно более высокий риск рака лёгких (на 26%) и смерти от него (на 31%). Смертность от всех видов рака оказалась на 17% выше, но не было выявлено разницы в смертности от РМЖ или рака колоректальной локализации<sup>17</sup>. У женщин после билатеральной оофорэктомии, не принимавших МГТ, риск рака лёгких был в 2 раза выше<sup>31</sup>.

Ранее считали, что рак яичников возникает в клетках поверхностного эпителия женских гонад или инклюзионных кортикальных кист, содержащих

аналогичные клетки. Однако недавно эту теорию подвергли сомнению в связи с обнаружением в профилактически улалённых поилатках носительний мутаций генов BRCA1/2 клеток серозной трубной интраэпителиальной карциномы и сопутствующей инвазии в 10-15% случаев<sup>32</sup>. Исследователи показали, что перевязка маточных труб также оказывает протективный эффект как в популяции, так и у женщин группы высокого риска рака яичников. По данным метаанализа 13 исследований, после лигирования маточных труб вероятность эпителиального овариального рака снижается на 34%<sup>33</sup>.

Несмотря на то что многие варианты эпителиального рака могут возникать из эпителия фаллопиевых труб, важно помнить, что некоторые виды овариального рака формируются в самом яичнике, в нём же чаще появляются неэпителиальные опухоли (герминогенные, или опухоли стромы полового тяжа). В связи с этим у пациенток с сальпингэктомией риск рака яичников хоть и снижается, но не исчезает полностью.

### Кому, когда, в каком объёме?

Принятые в 2013 году практические рекомендации Американского общества онкогинекологии (Society of gynecologic oncology, SGO) указывают на целесообразность АЭ — или по меньшей мере сальпингэктомии — у женщин с носительством мутаций генов BRCA1/2 после реализации репродуктивных планов. Во втором случае американские эксперты советуют вернуться впоследствии к вопросу об оофорэктомии. Кроме того, большое значение специалисты придают также тщательному гистологическому исследованию ткани яичников и маточных труб (особенно фимбрий)<sup>34</sup>.

Специалисты SGO рекомендуют рассмотреть целесообразность (альпинг-

[ Пациенткам группы высокого риска овариального рака, отказывающимся от аднексэктомии, следует выполнить сальпингэктомию и рассмотреть впоследствии целесообразность оофорэктомии.]

эктомии у всех пациенток с общепопуляционным риском рака яичников, которым запланирована гистерэктомия по поводу доброкачественных заболеваний матки и которые уже реализовали свои репродуктивные планы.

Частота сальпингэктомии во время удаления матки возросла в связи с пониманием причин возникновения овариального рака, тогда как количество сопутствующих АЭ снизилось и составляет около 15,8%35. Примерно 22% гистерэктомий выполняют вагинальным доступом, когда основным показанием служит пролапс тазовых органов у пожилых женщин. Профилактическая АЭ у этой группы пациенток актуальна как никогда.

В одной из работ было показано, что АЗ во время вагинальной гистерэктомии удлиняет время хирургического вмешательства всего лишь на 11±5,6 мин и не увеличивает количество интраоперационных осложнений <sup>36</sup>.

Необходимость АЭ нужно определять на дооперационном этапе, женщин следует проинформировать о преимуществах и последствиях сопутствующей АЭ. Важно собрать тщательный семейный анамнез для определения степени риска рака яичников и РМЖ<sup>37</sup>.

По нашему мнению, профилактическая АЭ может быть рекомендована пациенткам из группы высокого риска рака яичников.

- Носительницы онкоопасных мутаций генов BRCA1 и BRCA 2.
- Ймеющие семейные случаи рака яичников и/или РМЖ, особенно множественные случаи в пременопаузе.
- Пожилые женщины с отсутствием беременности в анамнезе.

[ При низком риске рака яичников у женщин в возрасте до 65 лет от оофорэктомии желательно отказаться, особенно при наличии в семейном анамнезе сердечнососудистых и неврологических заболеваний. ]

• Принимающие МГТ (чистые эстрогены) в течение 10 лет и более. После АЭ в возрасте до 45 лет необходимо назначение МГТ. Пациенткам группы высокого риска овариального рака, отказывающимся от АЭ, следует выполнить сальпингэктомию и рассмотреть впоследствии целесообразность оофооэктомии.

К группе умеренного риска относят женщин, у ближайших родственников которых не было овариального рака или РМЖ и статус генов BRCA 1/2 которых неизвестен. Им необходим индивидуальный подход с учётом всех имеющихся факторов риска и сопутствующих заболеваний 38.

Необходимо отметить, что при низком риске рака яичников (отсутствие опасных мутаций генов  $BRCA\ 1/2$  и иных важных факторов риска) у женщин в возрасте до 65 лет от оофорэктомии желательно вовсе отказаться<sup>39</sup>, особенно при наличии в семейном анамнезе сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний<sup>5</sup>.

Можно дополнить, что при васинальной систерэктомии показания к профилактической сальпингэктомии и АЭ не имеют отличия таковых при использовании иных доступов.



Рак яичников не только «не поддаётся» онкогинекологическому скринингу — для него не выработано и единой схемы профилактики. При выборе превентивных мероприятий важной может оказаться любая деталь: наличие или отсутствие онкоопасных мутаций, семейный анамнез, репродуктивные планы женщины и порой её собственное желание. Правильно выбранный план действий может предотвратить развитие злокачественной опухоли и продлить жизнь пациентки.

Библиографию см. на с. 110-118.

## НОРМА — ПОНЯТИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЕ

### РЕАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЕЕ 600 ТЫС. МЕНСТРУАЛЬНЫХ ЦИКЛОВ\*









612 тыс. овуляторных менструальных циклов

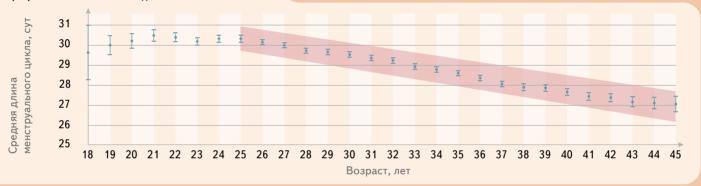


29,3 сут средняя продолжительность менструального цикла

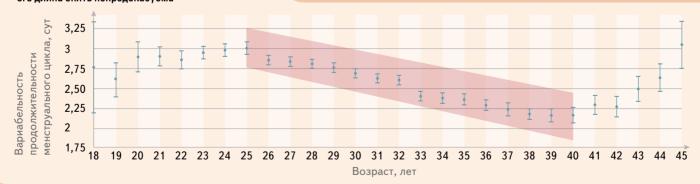
**16,9 сут** Фолликулиновая фаза

**12,4 сут** Лютеиновая фаза

С 25 до 45 лет менструальный цикл укорачивается на <mark>9 ч</mark> ежегодно



С возрастом вариабельность продолжительности менструального цикла всё меньше, но после 40 лет его длина опять непредсказуема



вывод:

Характеристики **овуляторного менструального цикла** индивидуальны для каждой женщины, и акушер-гинеколог обязан их учитывать. Коррекция субъективных особенностей, не влияющих на репродуктивную функцию, **недопустима!**