

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

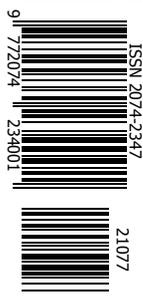
StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#3 [77] 07 / 2021 / StatusPraesens

тема
№

**Красивые
победы
в акушерстве
и гинекологии**



Дотация витамина D при СПКЯ нормализует продукцию АМГ и модулирует чувствительность к ФСГ • Пандемия COVID-19: двойной удар по скринингу. Последствия загруженности врачей и временного прекращения диспансеризации ещё предстоит оценить • Пациентка с синдромом тестикулярной феминизации: история наблюдения длительностью 18 лет • Несовременнолетние беременные: медицинские и юридические аспекты



Уважаемые коллеги!

Ни один врач не может позволить себе лечить только так, как его учили в институте, **слепо следовать** «единственно правильному» мировоззрению того учреждения, в котором работает, и ссылаться на чье-то авторитетное мнение в обход медицины, основанной на доказанном. Начиная свою профессиональную жизнь, специалисту, конечно, следует опираться на подсказки более опытных коллег, тем не менее гораздо важнее иметь **навыки самообразования**, активного поиска и **анализа** информации, необходимой для принятия правильных клинических решений. Впрочем, и акушер-гинеколог с большим стажем не способен долго оставаться на плаву **без обновления знаний**.

За последнее время переосмыслены многие положения и установки классического акушерства, а также подходы к ведению пациенток — использовать в своей практике необходимо лишь то, что действительно приносит значимую и **доказанную пользу**. При этом, невзирая на огромный объем работы, важно также быть отзывчивыми, внимательными и терпимыми, не бояться сострадать и сочувствовать больным.

Трудно ли это выполнить в настоящее время? **Безусловно**. Мы живём в эпоху бурных перемен: модернизации системы здравоохранения, переиздания многих нормативных документов, в том числе профессионального стандарта акушера-гинеколога, а также растущего юридического прессинга со стороны пациентов. Тем не менее ссылаться на низкую результативность своей работы из-за многочисленных сложностей — не выход. Как показывает практика, из года в год легче в медицине не становится, однако необходимо находить в себе силы двигаться вперёд!

Настоящий выпуск журнала, как и многие предыдущие номера, помогает восполнить дефицит современных знаний, в которых нуждается каждый практикующий врач. Однако **высококвалифицированный специалист**, да и просто человек, неравнодушный к результатам своей работы, должен не только ознакомиться с публикациями — важно **анализировать** собственную практику **после осмысления** научных данных.

Желаю вам успеха, оптимизма, профессиональных побед и позитивных эмоций!

Засл. врач РФ, зам. главного врача по акушерской
и гинекологической помощи роддома ГKB №29
им. Н.Э. Баумана Л.Н. **Есипова**

Status

гинекология акушерство

#3 [77] 07 / 2021 / 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 Евсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

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

Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов

Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

Аппарат ответственного секретаря редакции: Надежда Михайловна Васильева,

Мария Викторовна Кириченко, Ольга Викторовна Еремеева

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, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва

Препресс-директор: Нелли Демкова

Арт-директор: Лина Тавдугмадзе

Руководитель группы дизайна: Латип Латипов

Руководитель группы вёрстки: Юлия Кучоткина

Выпускающий редактор: Надежда Карташёва

Инфографика и дизайн: Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шибаяева, Ирина Великанова

Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская

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

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

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» [105082, Москва, Спартаковский 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» [105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3] / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 20 июля 2021 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, д/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в 000 «ИПК Парето-Принт», 170546, Тверская область, промышленная зона Боровлёво-1, комплекс №3А, www.pareto-print.ru. Заказ №ФЧ481/21 / 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 Тавдугмадзе. Фото на обложке: © IP66utenbergUKLtd / Signature/iStock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Adobe Stock.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2021

maesen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радинский 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

Адамьян Лейла Владимировна (Москва)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазёрская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Конопляников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Крутова Виктория Александровна (Краснодар)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Кущенко Ирина Георгиевна (Томск)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)

Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пашов Александр Иванович (Калининград)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)
Самойлова Алла Владимировна (Москва)
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Толибова Гулрухсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Филиппов Олег Семёнович (Москва)
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)

STATUS PRAESENS

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

- 7** СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА **Большие решения для маленького плода**
Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о трудностях и моментах побед в акушерстве и гинекологии
-
- 10** НОВОСТИ
-
- 13** МЕДПОЛИТ **Мамы разные нужны, мамы всякие важны**
Интервью с руководителем центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних «Маленькая мама» Евгением Сергеевичем Михайлиным Иванов А.В.
-
- 19** ШКОЛА ЮРИДИЧЕСКОЙ САМООБОРОНЫ **Точка снова стала горяча...**
Интервью с судебно-медицинским экспертом отдела сложных экспертиз Санкт-Петербургского бюро судебно-медицинской экспертизы Андреем Игоревичем Филатовым Иванов А.В.

Суд с участием присяжных заседателей — всегда состязательный процесс, а исход зависит от того, какая из сторон будет более убедительна во время своего выступления. Одним из самых резонансных дел последних лет стало разбирательство в отношении анестезиолога-реаниматолога Э.С. Сушкевич.
-
- 29** VIA SCIENTIARUM **Неувядающая РОЗА**
Как составить эликсир активного долголетия? (По материалам выступлений проф. М.Р. Оразова, докт. мед. наук Е.С. Силантьевой, Е.Ю. Старковой) Бриль Ю.А.
-
- 39** ПЕХТ-ПРОСВЕТ **Шанс на новую жизнь**
Инновационные методы повышения эффективности ВРТ Башмакова Н.В., Храмцова А.Ю., Газиева И.А., Рябухин И.В.
-
- 45** ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ **Объективная реальность**
Витамин D в рутинной практике: так ли распространена его нехватка? Кузнецова И.В., Гаврилова Е.А., Яцышина Д.В.

Лабораторное определение концентрации кальцидиола не входит в перечень медицинских услуг, предоставляемых по полису ОМС, — следовательно, платить за него должны сами женщины. Это зачастую служит камнем преткновения — скептически настроенные пациентки отказываются от затрат на обследование. Есть ли смысл назначать «D-скрининг» всем поголовно?

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

53 ЧТО
И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Один на один

Поединок с «плохим мазком»: как выйти победителем? (По материалам выступления доц. И.Г. Шестаковой)

Бриль Ю.А.

Сегодня, в XXI веке, когда мы получили в распоряжение молекулярно-биологические методы исследования, обычный мазок не утратил своей значимости. Он, в отличие от более современных аналогов, может косвенно «подсказать», что материал для анализа взяли неправильно. Результаты микроскопии служат отправной точкой для дальнейших диагностических и лечебных мероприятий.

60

Против дефицита

Преодоление недостатка витаминов и минералов как компонент прегравидарной подготовки (по материалам результатов открытой наблюдательной программы «Герас»)

Радзинский В.Е., Климова О.И., Мингалёва Н.В., Фетисова И.Н., Базина М.И., Габидуллина Р.И., Максимова Ю.В., Курмачёва Н.А.

67 РАБОТА
НАД ОШИБКАМИ

И стар и млад

Добркачественная дисплазия молочных желёз в раннем и позднем репродуктивном периоде

Высоцкая И.В., Дьяконов С.А.

77 BACK-UP

Эволюция врачебного сознания

Междисциплинарное взаимодействие — обоснованная целесообразность или вызов времени?

Линёва О.И., Вдовенко С.А., Филиппова Т.Ю., Михальченко С.В., Раевская О.А.

Ценность научного прогресса неоспорима, однако, реализуя новации, нельзя вычёркивать положительный опыт традиционных подходов. Один из них — холистический — подразумевает целостное восприятие пациента: с его потребностями, социальным окружением и, конечно, наличием сопутствующих заболеваний и патологических состояний.

83 CASUISTICA

Доктор, кто ты?

18-летний катамнез пациентки с синдромом тестикулярной феминизации: от диагностики до решения вопроса планирования семьи

Литвинов В.В.

90 ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

большие решения для маленького плода

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Рагзинский
о трудностях и моментах побед в акушерстве и гинекологии



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

Проблема **задержки роста плода** (ЗРП) не решена во всём мире, и преодолеть её современными и привычными инструментами, увы, невозможно. Однако, как говорил великий Альберт Эйнштейн, если задачу нельзя решить испробованными способами, нужно **изменить подход и методологию**. Сегодня перед нами во весь рост встала необходимость поиска методов прогнозирования и подходов к профилактике, ранней диагностике и лечению ЗРП.

Прежде чем затронуть собственно медицинские аспекты проблемы ЗРП, имеет смысл коснуться **вопросов терминологии**. Впервые внимание на ней заострила Герой Труда Российской Федерации академик Галина Михайловна **Савельева**, указав на логическую и лингвистическую нестыковку. Привычные нам формулировки «задержка развития плода», «задержка внутриутробного развития плода» не согласуются ни с терминами, принятыми во всём мире (fetal growth restriction*), ни со здравым смыслом.

Действительно, пока пациент находится в утробе — он **плод**, а после рождения — **младенец**, поэтому говорить о «внутриутробном плоде» элементарно неграмотно с точки зрения русского языка, да и акушерской логики в целом. «Развитие» можно в полной мере оценить тоже только в **неонатальном периоде**. Кроме того, при упоминании врачом какой-либо задержки перед пациентками непроизвольно возникает мрачная картина тяжёлых психических нарушений у будущего ребёнка.

Российские и зарубежные исследователи всё чаще используют в научных работах термин **«замедление роста плода»** — при сохранении той же аббревиатуры (ЗРП) он позволяет устранить негативные коннотации «задержки». Международная классификация болезней (МКБ) 10-го пересмотра использует в качестве основного термин «замедленный рост плода неуточнённый» (slow fetal growth, unspecified), но он **не прижился** в российской и мировой клинической практике. При переводе на русский новой версии МКБ аналогичному пункту желательно уделить особое внимание.

[**Задержка/замедление роста плода, и доношенного, и тем более недоношенного, — это абсолютный риск-фактор короткой, непродолжительной, некачественной и болезненной жизни.**]

* Задержка/замедление роста плода (англ.)

Конечно, для нас — специалистов репродуктивной медицины — суть не в терминологии. Настоящий трагизм в том, что человек, родившийся с ЗРП, рискует прожить **непродолжительную и болезненную жизнь**.

В середине 1970-х годов ленинградские профессора и основоположники отечественной перинатологии Наталия Леонидовна **Гармашева**, Наталия Николаевна **Константинова** и выдающийся морфолог Екатерина Петровна **Калашникова** впервые в мире систематизировали морфологические признаки, которые позволяли даже после рождения **прогнозировать** у новорождённых с ЗРП грядущие заболевания.

Однако настоящую **революцию** в сознании клиницистов совершил шведский исследователь Ханс **Лителль** (Hans O. Lithell) спустя четверть века, в 1999 году. На конгрессе Европейской ассоциации акушеров-гинекологов в Гранаде (Испания) он впервые представил данные, что ЗРП и доношенного, и тем более недоношенного — это **абсолютный риск-фактор** короткой, непродолжительной, некачественной и болезненной жизни.

Исследование, результаты которого обнародовал проф. Х. Лителль, имело **максимальную степень доказательности**: оно было сплошным на протяжении (страшно представить!) 80 лет. За этот колоссальный промежуток времени были проанализированы все родившиеся в Швеции с 1919 по 1998 год, отслежен их жизненный путь, преимущественно в нормальных условиях (ведь население этой страны избежало проблем с питанием и болезнями в связи с неучастием во Второй мировой войне). Оказалось, что жизнь рождённых с ЗРП была **короче**, а **заболеваемость выше**, чем у людей, родившихся с нормальной массой тела.



Закономерен вопрос — что делать? По сути, ответ на него ищут в медицинских дискуссиях и на конференциях под другой формулировкой: «Почему наши **антенатальные мероприятия** дают **меньший эффект**, чем мы рассчитываем получить?» В конце XX и начале XXI века и в Европе, и в России практикующие врачи и исследователи пытались **улучшить результаты лечения**, опираясь на простой логический приём: для вос-

становления **биохимического гомеостаза** в клетках и тканях воздействовали на структуру клеточных мембран, полагая, что это изменит их функцию. С данной целью назначали фосфолипиды, глюкозу, дезагреганты, но желаемого эффекта не было. Около 10 лет назад у нас была надежда, что в ранние сроки, до завершения инвазии цитотрофобласта, можно улучшить плацентарный кровоток и трофику будущего плода. С этой целью в группах риска применяли всевозможные корректоры, которые, увы, не обеспечивали ожидаемый эффект.

Аналогичное фиаско демонстрируют отчёты клиницистов во всём мире, подводя черту под печальным выводом, — **методов антенатальной терапии ЗРП не существует**, а все публикации на эту тему, имевшие место до 1999 года, можно смело считать спекулятивными.

[**Методов антенатальной терапии уже развившейся задержки роста плода не существует, а все публикации на эту тему, имевшие место до 1999 года, можно смело считать спекулятивными.**]



Прагматичные американцы пошли другим путём: к началу XXI века они уже и **не пытались лечить** плацентарную недостаточность, а **родоразрешали** женщин в больницах с возможностью оказать самую квалифицированную, самую высокотехнологичную помощь глубоко недоношенным младенцам с дефицитом массы тела.

Успех подобных технологий подтолкнул Европу на тот же путь: если в III триместре в динамике усугубляется плацентарная недостаточность (именно она лежит в основе ЗРП) и нарастает разница между нормальными для срока гестации и реальными размерами плода, матерей надо родоразрешать. Моментом принятия решения служит зафиксированное **отставание фетального роста на 2 нед** и более от нормы.

* Курение — фактор риска ЗРП, известный ещё в XIX веке и описанный в романах Жорж Санд: курящие женщины, что было модно в те времена, рожали гипотрофичных детей. Это объясняется влиянием не самого никотина, на который принято сваливать все грехи, а общетоксическим действием дыма, при вдыхании которого образуется карбоксигемоглобин и формируется пресловутая ангиопатия — сосудистая недостаточность, при которой маточно-плацентарные (бывшие спиральные) артерии становятся неполноценными и не могут эффективно поддержать рост плода.

Мы в России переняли этот подход позднее, одновременно с выраженным прогрессом неонатологии и многочисленными клиническими победами в перинатальных центрах III уровня, благодаря чему смогли **интегрироваться в мировой тренд**.



Этиология плацентарной недостаточности и ЗРП пока **изучена не полностью**. Классические риск-факторы (например, экстрагенитальные заболевания или курение*) не всегда провоцируют ЗРП — она может возникнуть и у беременной, не имеющей явных вредных привычек или предрасполагающих факторов. Следует признать: знания о многочисленных **этиопатогенетических факторах ЗРП** всё-таки существенно

расширились за счёт новых представлений о плацентарном ложе, где в случае плохого кровоснабжения и изменения трофики эндометрия и заложены корни нарушений.

Одна из публикаций этого выпуска затрагивает чрезвычайно актуальную тему — роль **врачей первичного звена** в своевременной диагностике заболеваний и состояний, влекущих за собой осложнения гестации. Авторский коллектив под руководством одного из самых опытных и авторитетных отечественных учёных, проф. О.И. **Линёвой**, представил уникальный опыт Самарской области, демонстрирующий, что междисциплинарная работа специалистов позволяет обеспечить единую цель — **сменить тренд** коморбидности и позднего выявления заболеваний на эффективное оказание помощи пациентам, в том числе и при ЗРП.



Я не напрасно акцентирую внимание на проблеме ЗРП. Она — яркий показатель того, что в современных акушерстве и гинекологии пока ещё немало неразрешённых клинических задач. Да, **изменение возможностей и технологий**, решение вопроса о **сроке и методе родоразрешения** — всё это уже стало достоянием нашего времени. И это пусть небольшие, но чрезвычайно важные моменты профессиональной победы. Кстати, **название** выпуска журнала, который вы держите в руках, тоже не случайно. В последнее время мир буквально захлебнулся в волнах тревожных новостей, негатива, привнесённого в нашу жизнь пандемией. Однако не стоит забывать и о том, что каждый шаг врача, учёного — это начало большого пути, на котором нас ждут не только **испытания, но и победы**.

«В настоящее время в мире около 48,5 млн супружеских пар репродуктивного возраста сталкиваются с проблемой бесплодия. В разных странах распространённость этого состояния колеблется от 3,5 до 30%, а в Российской Федерации показатель достигает 15–20%, что считают критическим уровнем для воспроизводства населения». Это выдержка из статьи проф. Н.В. Башмаковой и соавт., убедительно продемонстрировавших, что бесплодие — проблема мирового масштаба, однако **персонализированный** подбор метода оплодотворения ооцитов, культивирование эмбрионов, модуляция рецептивности эндометрия — наукоёмкие, но действенные способы **повышения эффективности программ ВРТ**, позволяющие одерживать всё новые и новые **победы над инфертильностью**.



Наши представления о **микробиоре** половых путей намного расширились в XXI веке. Но насколько важны успехи микробиологии, если диагностика

[**Бесплодие — проблема мирового масштаба, однако персонализированный подбор методов ЭКО — наукоёмкий, но действенный способ повышения эффективности программ ВРТ.**]

и лечебная стратегия могут «споткнуться» из-за **ошибок на этапе взятия материала** и некомплаентности пациенток? Как использовать по максимуму уже имеющиеся возможности и обойти «острые углы» в терапии, наглядно показано в статье по материалам выступления доц. И.Г. Шестаковой на одном из заседаний VIII Общероссийского конгресса «Ранние сроки беременности: от прегравидарной подготовки к здоровой гестации. Проблемы ВРТ», который прошёл в мае 2021 года.



Витамины и их применение в различные периоды жизни женщины — одна из самых контраверсионных и дискутируемых сегодня тем. Сразу **два материала** этого номера позволят практикующим врачам рассмотреть вопрос обоснованности дотации нутриентов **под разными углами**. Наряду с недостаточностью фолатов у пациенток зачастую есть нехватка и других веществ. Беременных с сочетанным дефицитом трёх и более витаминов и микроэлементов большинство — около 70–80%, поэтому многокомпонентные средства могут быть весьма полезны, о чём говорят эксперты ВОЗ в обновлённых **рекомендациях о дородовой помощи** (2020).

Аксиома? Увы, нет, пока ещё теорема, а точнее (пользуясь математической терминологией) — **уравнение со многими неизвестными**. Отдельная история — витамин D, которому в последнее время приписывают немало чудесных эффектов, вплоть до способности противостоять коронавирусной инфекции. Но и тут не всё так просто и очевидно. Одна из статей номера, представленная

авторским коллективом под руководством проф. И.В. Кузнецовой, позволит расставить важные акценты в вопросе «**Так ли распространена** нехватка витамина D в популяции и стоит ли прописывать его всем безоглядно?».



Все мы знаем, что с 2015 года **перестала существовать специальность** «маммология». Однако с исчезновением номенклатуры не исчезла проблема: по данным ВОЗ, впервые **рак молочной железы (РМЖ) обошёл** по распространённости рак лёгкого. Около 12% новых случаев рака во всём мире — маммологические. На акушере-гинекологе женской консультации лежит огромная ответственность по **первичному обследованию** пациенток, сбору анамнеза, оценке факторов онкологического риска и организации скрининга РМЖ.

Организация и реализация на практике полноценного **онкоскрининга**, особенности ведения **доброкачественных дисплазий** у девочек и взрослых женщин, новые алгоритмы дифференциальной диагностики **пальпируемых образований** в ткани молочной железы — как практикующему врачу не заблудиться в **маммологическом лабиринте**? Об этом — статья «И стар и млад».



Оценить сделанное и предстоящее в поиске верных решений немало числа клинических задач чрезвычайно важно. На многочисленных конференциях, семинарах, вебинарах, в статьях и монографиях мы не устаём говорить о том, что самый главный признак профессионализма врача — умение **мыслить, анализировать, действовать** согласно самому важному принципу врачевания — «не навреди». Желаю всем нам успехов **на пути познания!** **SP**

[**Не стоит забывать о том, что каждый шаг практикующего врача, учёного, исследователя — это начало большого пути, на котором нас ждут не только испытания, но и красивые победы.**]

ТОЧКА СНОВА СТАЛА ГОРЯЧА...

Интервью с судебно-медицинским экспертом отдела сложных экспертиз Санкт-Петербургского бюро судебно-медицинской экспертизы Андреем Игоревичем Филатовым

Беседавал: Александр Васильевич Иванов,
StatusPraesens (Москва)

Резкий рост числа обращений граждан в правоохранительные органы с требованием привлечь к ответственности медицинскую организацию или конкретного медработника — реальность нашего времени. В статье, опубликованной в начале 2021 года в журнале «Медицинское право», отмечено, что в 2019 году было возбуждено 1227 уголовных дел в отношении врачей (больше трёх в день!), 158 были направлены в суд, а оправдательный приговор был вынесен только в 12 случаях. Однако даже на этом фоне обвинения в преднамеренном убийстве пациента выглядят абсолютно невыносимыми — кажется, что этого просто не может быть.

Очевидно, что факт преступления должен быть доказан, и профессиональное сообщество обращает самое пристальное внимание на аргументы стороны обвинения — комментируя их в средствах массовой информации и устраивая флешмобы в поддержку коллеги в соцсетях. Забывая, что иногда это может привести к отмене оправдательного приговора, как это произошло в громком «деле Сушкевич». Точка, уже поставленная судом, «снова стала горяча...»*.

SP Уважаемый Андрей Игоревич, одним из самых резонансных медицинских дел последних лет стало судебное разбирательство в отношении анестезиолога-реаниматолога Э.С. Сушкевич — о нём публично высказывались многие известные специалисты¹, а президент Национальной медицинской палаты Л.М. Рощаль обращался по этому поводу непосредственно к президенту страны В.В. Путину². Как вы считаете, повлияло ли всё это на решение суда присяжных? Можете ли вы сами давать какие-либо пояснения после того, как оно принято?

Андрей Игоревич Филатов (А.Ф.): Прежде всего отмечу, что как судебно-медицинский эксперт я привык делать какие-либо выводы, опираясь на конкретные факты или источники, на которые можно сослаться. Поэтому вряд ли я могу высказывать предположения, насколько мнения тех или иных общественных дея-

телей, прозвучавшие во время открытого судебного заседания, повлияли на вердикт присяжных заседателей.

Несомненно, что вся эта шумиха в интернете и многочисленные заявления различных специалистов в СМИ не могли не оказать влияния на присяжных — они же обычные люди, подверженные эмоциям, а не профессиональные юристы, оценивающие факты и степень их значимости. Но можно ли считать это давлением, может решить только суд.

Что же касается моих пояснений, то думаю, я ничего не нарушаю — суды первой и второй инстанций уже вынесли своё решение.

SP Насколько, на ваш взгляд, вообще правильно, что решения, для которых нужны специальные знания, принимают присяжные заседатели?

* Песня «Точка» группы «Чайф».



Андрей Игоревич Филатов, врач, судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз Санкт-Петербургского бюро судебно-медицинской экспертизы

сказано «в сухом веществе»⁸. Существуют ли методики, позволяющие сделать корректный пересчёт концентрации на сырой орган?

А.Ф.: Да, адвокаты обвиняемых неоднократно делали громкие заявления, что эксперты не смогли представить суду формулы для пересчёта...

Надо понимать, что любая **методика** — это всего лишь набор инструментов для решения тех или иных задач. В то время, когда была выполнена работа М. Эриксона с соавт., процитированная в упомянутой вами статье, концентрации микроэлементов **умели определять только в сухом веществе** — других вариантов просто не существовало. Брали нативный орган, высушивали и обезжиривали, вес биоматериала уменьшался.

Сегодня у нас уже имеются технические **возможности для спектрографических исследований** влажных органов — без вы-

но было привести к **одинаковым единицам измерения**. Сделав это, мы выяснили, что магния в почках новорождённого Ахмедова было намного больше, чем у детей, описанных в исследовании.

SP В статье М. Эриксона с соавт. речь шла о случаях внезапной детской смерти. Можно ли принимать концентрации микроэлементов в тканях таких новорождённых в качестве референсных?

А.Ф.: Да, можно. Кстати, на это указано и в статье в журнале «Неонатология»: **эти дети ничем не болели** и не получали лекарств, поэтому определённую у них концентрацию магния **можно считать физиологической**.

SP В интервью, опубликованном в июне 2020 года в «Российской газете», Л. М. Рошаль обратил внимание, что спектрографическое исследование было проведено через 5 мес после смерти ребёнка, что не позволяет судить об истинной концентрации магния⁹. Насколько справедливо такое утверждение? Изменяется ли концентрация микроэлементов в тканях трупа с течением времени?

А.Ф.: Нужно понимать, что органы и ткани новорождённого забирали и хранили так, чтобы потом можно было провести судебно-химическое исследование — выполнить его сразу же в Калининградской области было невозможно. Их **не подвергали каким-либо химическим воздействиям**, поместили в герметичную упаковку, в которой они находились при температуре примерно **минус 20–25 °С**. В таких условиях **концентрация микроэлементов в тканях не изменяется**. Кстати, примерно так же в клиниках ВРТ хранят замороженные ооциты и сперматозоиды — и они остаются пригодными для дальнейшего использования.

Скажу больше: если бы органы даже не были заморожены и они бы разложились, содержание неорганических элементов, к которым относится магний, **осталось бы прежним**. Я уже упоминал, что раньше применяли методику **золирования** — фактически сжигания. И даже такое термическое воздействие **никак не влияло** на количество магния.

Кроме того, не будем забывать, что **специалист-химик**, привлечённый к экспертизе этих биологических объектов,

[Шумиха в интернете и многочисленные заявления различных специалистов в СМИ не могли не оказать влияния на присяжных — они обычные люди, подверженные эмоциям, а не профессиональные юристы.]

А.Ф.: Я не могу сказать, правильно это или нет: Уголовно-процессуальный кодекс³ **допускает такую возможность** для уголовных дел о преступлениях, предусмотренных ч. 2 ст. 105 «Убийство малолетнего или иного лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии» Уголовного кодекса РФ⁴.

Но если говорить в целом, то **любое дело должны делать профессионалы**, которые не подвержены эмоциям и оперируют исключительно фактами.

SP По информации Следственного комитета РФ, сторона обвинения считает, что врач ввела ребёнку сульфат магния⁵. Эксперты определили, что количество этого микроэлемента в почках составляло 351,36 мкг/г сырого органа⁶. В статье российских авторов, опубликованной в 2019 году в журнале «Неонатология», физиологической нормой для детей первых недель жизни назван показатель 749,7 мкг/г⁷, однако в процитированном в ней американском первоисточнике

сушивания, обезжиривания и озоления. Именно такая методика применялась при судебно-химическом исследовании внутренних органов трупа новорождённого.

Известно, что **организм недоношенного состоит из воды на 86–87%**, причём чем меньше гестационный срок, тем больше доля жидкости. Таким образом, если в сухом веществе концентрация магния составляет 749,7 мкг/г, то в **сырой ткани будет примерно одна пятая** от этого количества. По сути дела, это математическая пропорция...

SP Допустимы ли такие расчёты при проведении судебно-медицинской экспертизы?

А.Ф.: Конечно, это научно обоснованная методика, базирующаяся на **элементарной математике**. Мы сравнивали данные, которые получили при исследованиях, со сведениями, которые имеются в литературе. Для того чтобы сопоставить концентрации микроэлементов, их нуж-

признал их годными для анализа. Он подтвердил, что всё — забор, хранение и транспортировка — соответствовало требованиям нормативных документов, и поставил свою подпись, в том числе об ознакомлении со ст. 307 «Заведомо ложные показания, заключение эксперта, специалиста или неправильный перевод» Уголовного кодекса РФ.

SP На пресс-конференции, организованной Национальной медицинской палатой 3 декабря 2020 года, председатель Ассоциации клинических токсикологов России Г.Н. Суходолова подчеркнула, что судебные медики не определяли уровень магния в сыворотке крови; при этом формул перерасчёта, исходя из его концентрации в органах, «не существует в природе»¹⁰. Не приведены они и в «Руководстве по лабораторным методам диагностики», о чём заявлял его автор А.А. Кишкун¹¹. Каким образом эксперты рассчитали количество магния в сыворотке?

А.Ф.: Давайте призовём на помощь логику. Уровень магния в крови — достаточно жёсткая константа, и отклонение даже на 1% может привести к фатальному исходу. Клинический токсиколог, который входил в состав нашей комиссии, подтвердил, что при повышении концентрации магния в сыворотке начинаются физиологические процессы, направленные на приведение её к норме, — часть микроэлемента депонируется в печени, часть выводится из организма через мочевыделительную систему, желудочно-кишечный тракт и лёгкие.

Мы исследовали почки, желудок, лёгкие, печень — и только последняя может выступать в роли депо магния. Но концентрация микроэлемента была повышена во всех органах. А до каких пределов она может увеличиваться в почках, если они его не накапливают? До тех пор, пока уровень магния в крови не нормализуется или же не наступит смерть из-за остановки сердца (что будет связано с блокадой нервно-мышечной передачи).

[Специалист-химик, участвовавший в экспертизе, признал биоматериал пригодным для анализа и подтвердил, что его взятие, хранение и транспортировка соответствовали нормативным требованиям.]

[Понятно, что сравнивать показатели глубоконедоношенного ребёнка и взрослого нельзя, и эксперты использовали научные данные в отношении новорождённых на конкретном сроке гестации.]

Новорождённый Ахмедов умер — у него прекратилось кровообращение и, соответственно, активный транспорт магния. Поэтому его концентрация в тканях коррелирует с той, которая была в сыворотке в момент смерти, и её можно взять в качестве основы для расчёта.

Подчеркну, что смерть ребенка наступила, когда концентрация магния в сердце достигла уровня, полностью блокирующего нервно-мышечную передачу. При этом содержание микроэлемента в сыворотке крови могло быть неизмеримо выше.

Известно, что в плазме крови примерно 25% магния связано с альбуминами и глобулинами, а 75% находится в свободной форме. Почки выводят 75–80% этого микроэлемента, поэтому его концентрация в них составляет три четверти от уровня свободного магния в плазме. Отсюда и все приведённые в экспертизе расчёты, основанные на методике математического анализа.

SP По словам главного внештатного неонатолога Минздрава Калужской области А.Л. Карповой, для внутриутробного возраста, в котором находился ребёнок, характерно высокое содержание микроэлементов в тканях. Кроме того, она отметила, что сторона обвинения никак не прокомментировала большие концентрации цинка, меди и железа, обратив внимание только на магний¹². Согласны ли вы с её утверждениями?

А.Ф.: Это неправда — в экспертном заключении достаточно подробно написано о других микроэлементах.

Содержание железа, цинка и меди было повышенным в печени, что соот-

ветствует литературным данным об их большей концентрации в этом органе у плодов и новорождённых по сравнению со взрослыми пациентами. Однако в стенке желудка и почках уровень этих микроэлементов оставался в пределах референсных значений. А количество магния было увеличено во всех исследованных тканях, что однозначно свидетельствует о том, что он был привнесён извне.

Конечно, нельзя сравнивать показатели глубоконедоношенного ребёнка и взрослого — мы этого никогда и не делали, хотя эту тему очень активно муссировали в интернете. Наши эксперты использовали научные данные, которые имеются в отношении недоношенных новорождённых при соответствующем сроке гестации, и сделали однозначный вывод, что железо, цинк и медь накапливались в органах и тканях плода в течение беременности.

SP В судебном заседании 19 ноября 2020 года эксперт Калининградского бюро судебно-медицинской экспертизы А.В. Чемезова показала, что по результатам исследований трупа новорождённого ею был сделан вывод о наступлении смерти в результате болезни гиалиновых мембран¹³. Нет ли противоречия между высоким уровнем сатурации кислородом, о котором было написано в медицинской документации¹⁴, и данными морфологического исследования?

А.Ф.: Прежде всего напомним, что существует такое понятие, как танатогенез. Дело ведь не в том, что врач укажет в карте «умер от респираторного дистресс-синдрома» или «от сепсиса», — это всё равно что вообще ничего не написать. От чего непосредственно умирает человек при синдроме дыхательных расстройств? Чаще всего — от остановки сердца или дыхания. И есть сотни заболеваний и состояний, которые могут к этому привести.

Танатогенез при синдроме дыхательных расстройств хорошо известен. Па-

тологический процесс в лёгких приводит к тому, что нарушается газообмен. Те, кто работает в неонатологии давно, помнят, как умирали такие дети, когда не было сурфактантов: это **никогда не происходило внезапно**. Постепенно (в зависимости от степени поражения лёгких) нарастало парциальное давление углекислого газа, появлялся газовый ацидоз; потом к нему присоединялся метаболический компонент. **Смешанный ацидоз** приводил к страданию почек — наступала анурия. Затем развивалась **полиорганная недостаточность**.

Это всё протекало не за 2 мин — процесс длился часами, а иногда и сутками. По мере нарастания ацидоза происходила **централизация гемодинамики**. Гипоксия приводила к электролитным нарушениям, прежде всего к гиперкалиемии; возникала брадикардия, затем — нарушения сердечного ритма, в конце концов — остановка сердца.

[Часто адвокаты предоставляют привлечённым ими специалистам только часть информации. Но, имея неполные или односторонне подобранные сведения, сделать правильные выводы нельзя.]

Если посмотреть на любые критические состояния, будь то септический или кардиогенный шок, мы увидим, что они никогда **не приводят к внезапной смерти**. Это всегда процесс, и если больного не лечить, то конечной точкой всегда будет ацидоз. А у новорождённого Ахмедова непосредственно перед наступлением смерти **ацидоза не было**.

Более того, эксперты указали на **недостатки реанимационной помощи**, которую оказывали в родильном доме в течение первых 4 ч, однако отметим, что врачам всё же удалось справиться с ситуацией. Если судить по газам крови, доктора смогли **компенсировать состояние** ребёнка. Отвечая на вопросы суда, Ю. В. Петренко отметил, что произошла «какая-то катастрофа», которую **нельзя объяснить с позиции синдрома дыхательных расстройств** или сепсиса.

К тому же на момент времени исследования трупа Ахмедова у А. В. Чемезовой не было данных по содержанию микроэлементов — того же магния. Она

увидела **гиалиновые мембраны — очевидные изменения**, которые могли привести к смерти. У нее не имелось достаточных объективных данных, чтобы утверждать, что гибель ребёнка вызвана внешним воздействием.

SP Однако она же видела историю болезни, где были указаны показатели газов крови...

А.Ф.: Всё-таки А. В. Чемезова — не специалист в области неонатологии. Она видела, что ребёнок глубоко недоношен, а в лёгких есть гиалиновые мембраны, и **указала предварительную причину смерти**, которая казалась очевидной.

От синдрома дыхательных расстройств быстро не умирают. Когда снижается оксигенация крови, увеличивается частота дыхательных движений, они становятся судорожными, подключается вспомогательная мускулатура. Все му

этому соответствуют морфологические изменения — должны быть **кровоизлияния под висцеральную плевроу**, которых **не было выявлено** на вскрытии.

Когда есть глубокий ацидоз, **повышается уровень калия** — часто наступает отёк головного мозга, фибрилляция желудочков сердца. Но мы **не видели нарушений ритма**: отмечена брадикардия и потом сразу асистолия. Всё это просто не укладывается в танатогенез при синдроме дыхательных расстройств.

SP Какую ответственность несёт эксперт, который сделал ошибочные выводы, не учтя важных нюансов, о которых вы только что сказали?

А.Ф.: Нужно понимать, что она сделала **предварительные выводы** на основании данных, полученных при вскрытии трупа. Как правило, окончательное заключение о причинах смерти можно сформулировать после того, как станут доступны результаты всех исследований. А. В. Че-

мезова их не видела, поэтому **я бы не стал говорить о её ошибке** — это неверно.

Например, результаты **иммуногистохимических исследований** часто бывают готовы только через месяц, и тогда можно поставить окончательный диагноз. Однако сделать предварительное заключение можно и раньше. Бывают случаи, когда причина смерти совсем неясна, и эксперт имеет право написать, что она не установлена. Но в данном случае **посчитали, что всё очевидно**, а выполнить спектрографию в Калининградском бюро судмедэкспертизы не было возможности.

SP На сайте Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины размещено открытое письмо её президента, акад. РАН Н. Н. Володина. Оно начинается с того, что все выводы основаны на материалах дела, которые были предоставлены ему адвокатом Э. С. Сужкевич как привлечённому специалисту¹⁵. В то же время суд отказался заслушивать его в таком качестве. Как можно объяснить?

А.Ф.: Безусловно, Н. Н. Володин — уважаемый неонатолог и мог быть привлечён в качестве специалиста или эксперта, однако такое **решение принимает следователь либо суд**. В то же время у адвоката есть право заказать лицу, обладающему специальными знаниями, какое-то исследование, предоставив ему **те или иные документы**. Правда, надо понимать, что сделать копии всех материалов дела просто невозможно.

Кроме того, адвокаты всегда действуют **в интересах своих подзащитных** и, естественно, предоставляют специалистам только ту информацию, которая с этой точки зрения выгодна. Именно с этим бывают связаны **различия в выводах** специалиста, о привлечении которого ходатайствовала сторона защиты, и в заключении эксперта, который изучил все материалы дела.

Более того, если сведений не хватает, эксперт может ходатайствовать о проведении **дополнительных экспертиз**, осмотров на месте происшествия, следственных экспериментов и т. д. Думаю, понятно, что, имея **неполные или односторонне подобранные данные**, прийти к верным выводам невозможно.

SP Тем не менее, изучив ксерокопии документов, имеющихся в деле, акад.



https://www.onu.edu.au/files/event_submission

Н. Н. Володин сделал вывод, что в первые часы после рождения глубоконедоношенный ребёнок с экстремально низкой массой тела находился без надлежащего наблюдения и лечения. В частности, его перенесли в палату интенсивной терапии на руках, что привело к тяжёлой гипотермии; при назначении терапии не были учтены анемия и лабораторные признаки инфекционного процесса. Были ли выявлены при экспертизе дефекты медицинской помощи, которые были допущены сотрудниками роддома и могли негативно повлиять на состояние новорождённого?

[Судебные процессы должны проходить в условиях изоляции присяжных от внешних информационных воздействий — всё, что происходит в медийном пространстве, так или иначе влияет на их решения.]

А.Ф.: Для начала давайте определимся с терминами. Если мы говорим о патологическом состоянии, которое может привести к смерти, то имеем в виду не просто охлаждение, а **холодовую травму**. Её признаков у новорождённого **не было**.

Э. С. Сушкевич говорила, что видела на мониторе температуру около 33 °С. При этом в деле есть **показания медсестры**, которая её измеряла и фиксировала в истории развития новорождённого, и там сказано о **36,5 °С**. Наконец, есть **результаты гистологических исследований**, которые не подтверждают наличия изменений, характерных для гипотермии. А танатогенез при переохлаждении был очень подробно описан ещё в середине прошлого века.

Любой организм изначально нацелен на **компенсацию патологических изменений**. Патолофизиология чётко объясняет механизм гипотермии и холодовой травмы: начинается **централизация кровообращения**, поскольку мозг страдает от недостатка крови и кислорода. Понятно, что в первую очередь нарушения происходят в органах, без функционирования которых какое-то время можно жить. Так, для обеспечения кровоснабжения сердца и мозга произойдёт **спазм сосудов кожных покровов**. Но таких изменений **не было выявлено** ни при первой, ни при второй

судебно-медицинской экспертизе. Наоборот, у новорождённого было отмечено **расширение периферических сосудов** и микроциркуляторного русла.

Эксперты указали, что недостатки помощи, которую оказывали сотрудники роддома, не привели к фатальному исходу. К моменту наступления смерти **была достаточная сатурация кислородом**, нормальная температура тела, а последний анализ крови был лучше предыдущих — **ацидоза практически не было, ребёнок «улучшался»**. На вскрытии **нет внутрижелудочковых кровоизлияний** или отёка головного мозга, нет признаков

нарушения ритма, нет спазма сосудов кожи. Зато **есть порез сосудов микроциркуляторного русла**, что характерно для избытка магния.

SP По информации пресс-службы Калининградского областного суда, прокуратура обжаловала оправдательный приговор Э. С. Сушкевич, вынесенный 16 декабря 2020 года на основании вердикта коллегии присяжных заседателей¹⁶. Что считается основанием для пересмотра приговора в суде апелляционной инстанции?

А.Ф.: Суд с участием присяжных заседателей — это всегда **сопоставительный процесс**, исход которого зависит от того, какая из сторон будет более убедительна во время своего выступления. Как мы уже говорили, **профессионалы оценивают степень достоверности** доказательств, которые предъявляют обвинение и защита, обоснованность их рассуждений и выводов. Фемида должна быть с завязанными глазами, она должна руководствоваться только объективными данными. **Присяжные же воспринимают всё, что говорят**, в том числе в медийном пространстве, часто не оценивая представляемые им доказательства, а **руководствуясь эмоциями**. Естественно, это влияет на принимаемые ими решения.

Закон это допускает? Допускает. Кроме того, если одна из сторон не согласна с вынесенным судом решением, его **можно обжаловать**. Найдёт суд вышестоящей инстанции основания для отмены приговора — отменит, не найдёт — оставит его в силе.

SP Адвокат потерпевшей считает, что сторона обвинения «проиграла информационную войну»¹⁷. Но каким образом суд апелляционной инстанции оценивает независимость мнений присяжных?

А.Ф.: Суд апелляционной инстанции проверяет **соблюдение процессуальных норм**, и если находит какие-то нарушения, это может быть **основанием для отмены приговора**, что и произошло 27 мая 2021 года. Однако суд не задаёт вопроса, почему присяжные заседатели приняли то или иное решение — они выносят свой вердикт на основании **внутренних убеждений**.

По моему мнению, такого рода судебные процессы **должны проходить в условиях изоляции присяжных** от внешних информационных воздействий. Здесь же рассмотрение дела заняло больше года — на фоне **множества заявлений** представителей медицинского сообщества, **флешмобов** в соцсетях и т. д.

Хотел бы обратить внимание ещё на несколько важных моментов. Во-первых, **выводы судебных медиков были признаны надлежащим доказательством** — суд не сказал, что он не доверяет результатам экспертизы, что они недостаточно обоснованы или допускают двойное толкование. Во-вторых, если внимательно перечитать все выступления стороны защиты, то сначала они утверждали, что норм содержания микроэлементов в тканях новорождённых вообще не существует. Когда же выяснилось, что это не так, они изменили свою точку зрения. Поэтому **вряд ли можно считать правдой всё**, что было написано и сказано на эту тему...

Давайте немного подождём — Верховный суд РФ удовлетворил ходатайство заместителя генерального прокурора РФ И. В. Ткачёва о новом рассмотрении «дела Сушкевич» в Московском областном суде. **SP**

ЭВОЛЮЦИЯ врачебного сознания

Междисциплинарное взаимодействие — обоснованная
целесообразность или вызов времени?



Авторы: Ольга Игоревна **Линёва**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии №2 СамГМУ, засл. врач РФ; Сергей Анатольевич **Вдовенко**, первый зам. министра здравоохранения Самарской области, доц., канд. мед. наук; Татьяна Юрьевна **Филипова**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом эндоскопической хирургии и симуляционно-тренингового обучения Медицинского университета «Реавиз» (Самара); Светлана Васильевна **Михальченко**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии ИПО СамГМУ; Ольга Анатольевна **Раевская**, канд. мед. наук, редакционный директор ГК StatusPraesens (Москва)

Копирайтинг: Дарья Яцышина

Пазл демонстрирует яркий пример цельности: он может состоять из пары десятков деталей или из нескольких тысяч, но достаточно потерять одну, и картину собрать будет **практически невозможно**. По такой же аналогии следует рассматривать и работу всего врачебного сообщества.

Вслед за появлением новых данных, разделением на узкие специальности, освоением инновационных методик и внедрением технологий, казавшихся ещё вчера фантастическими, изменением диагностических и лечебных подходов мы пришли к **фрагментированной модели** оказания помощи и в результате **утратили единство** в ведении больных. В итоге пациент, оставшись один на один с рекомендациями от разных специалистов, зачастую находит их непонятными и трудновыполнимыми, вплоть до того, что они **прямо противоречат** друг другу. Избежать разногласий и **победить коморбидность** помогает холистическая модель оказания медицинской помощи.

Научный прогресс неоспорим — без него не удалось бы добиться впечатляющих результатов в борьбе с некоторыми заболеваниями и уменьшения смертности населения, однако, реализуя новации, **нельзя вычёркивать** положительный опыт традиционных подходов. Один из них — холистический — подразумевает **целостное восприятие** пациента: с его потребностями, социальным окружением и, конечно, наличием сопутствующих патологических состояний.

«Дела давно
минувших дней...»

Ярким примером холистической модели здравоохранения можно считать работу земских врачей. После реформы 1864 года служба доктора была организована по прообразу участковости: приглашённый земством врач объезжал вверенные ему местными органами самоуправления территории, оказывая **всестороннюю помощь** больным любого

[Тенденция избегать ответственности за здоровье больного, стремление «переадресовать» пациента коллегам, поиски лишь своей компетенции нередко обуславливают потерю целостного восприятия человека.]

возраста, пола и достатка, а сам при этом проживал, как правило, в городе.

Специалист в основном помогал при острых заболеваниях и неотложных состояниях, однако часто занимался и **санитарным просвещением**. Работы было много, приходилось лечить детей и взрослых, выполнять хирургические операции, принимать роды, разьяснять, в чём заключается суть инфекционных заболеваний и как можно препятствовать их распространению¹. Такой разнообразный профиль оказываемой помощи требовал **широчайших клинических знаний**. Однако **главное достоинство** земской медицины — **принцип семейственности**. Врач знал несколько поколений пациентов, всю историю семьи, привычки, уклад. Это давало огромное преимущество: отмечая характерные особенности старших родственников, предрасположенность к болезням или их течение, доктор мог **предвидеть и предугадывать** заболевания или их осложнения, даже несмотря на отсутствие современных методов диагностики.

Затем систему расширили — вскоре практику, при которой живший в городе врач ежедневно «патрулировал» населённые пункты и тратил большую часть времени на то, чтобы добраться до больного, отчасти заменили оказанием помощи в построенных сельских лечебницах. При них же определяли квартиру для доктора и стационар на несколько коек, где могли находиться и родильницы. Однако значимой части населения всё же была **недоступна врачебная помощь**, а причины заключались в чрезмерной отдалённости деревень, нехватке медицинских кадров и финансовых средств для повсеместной организации лечебниц.

Основные принципы земской медицины — оказание помощи на определённой территории, стремление к её доступности, не только лечебная, но и профилактическая направленность — легли в основу организации здравоохранения в послереволюционной России. Ведущим поводом для объединения разроз-

ненных врачебных пунктов и лечебных организаций в единую структуру стало выступление Николая Александровича Семашко на заседании Совета народных комиссаров в 1918 году — после его доклада утвердили первый в мире орган, в ведении которого находилось **всё медико-санитарное дело** государства¹.

«Специалист по правому уху»

Первичная медико-санитарная помощь признана ведущей ещё в 1978 году на конференции ВОЗ в Алма-Ате. Именно она составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения, служит её **центральным звеном** и осуществляет важные функции — оздоровление, профилактику эндемичных патологических состояний, консультирование по вопросам планирования семьи, лечение распространённых заболеваний. В связи с этим эксперты ВОЗ рекомендовали правительствам всех стран направить усилия на её усовершенствование².

Бытовавшее в нашей стране в 70-х годах прошлого века представление о необходимости сделать доступ к **профильным врачам открытым** (минуя участковую службу) в этот период было реализовано. Считали, что уменьшение временного интервала от момента обращения к терапевту до консультации узкого специалиста на амбулаторном этапе могло бы улучшить качество оказания помощи, а также сократить количество госпитализаций.

В этой связи число узких специалистов к 1990-м годам стало преобладать над количеством участковых врачей, в то же время была потеряна профилактическая направленность работы, а частота госпитализаций существенным образом в лучшую сторону не изменилась. Что касается финансовой стороны вопроса, то в конечном итоге все нововведения обусловили **удорожание** медицинской

помощи. Таким образом, взяв преимущественный курс на специализацию, первичная медико-санитарная помощь потеряла часть опорных пунктов, о которых говорили эксперты ВОЗ.

Безусловно, из-за увеличения количества научной информации, появления инновационных методов диагностики и терапии невозможно возложить лечение любых заболеваний **на плечи только одного специалиста**. Однако тенденция **избегать ответственности** за здоровье больного, стремление «переадресовать» пациента коллегам, поиски лишь **строго своей компетенции** нередко обуславливают потерю целостного восприятия человека. Эти нюансы не облегчают жизнь больных, не решают их проблем, а служат лишь причиной переходов от одного кабинета к другому и смены учреждения за учреждением, что наблюдают, к сожалению, и в наши дни.

Результаты долгих «хождений» нередко вытекают в **позднюю диагностику** заболеваний. И здесь уместно привести в пример статистические показатели 2019 года. Согласно отчёту Минздрава за этот период, у **63,5%** пациенток злокачественные новообразования яичников выявили впервые, когда метастазы распространились в регионарные лимфатические узлы или отдалённые органы (**III–IV стадия**). В отношении опухолей молочных желёз и шейки матки ситуация немногим лучше — поздно диагностировали заболевание у **трети женщин**; с такой же проблемой столкнулась каждая шестая пациентка с аденокарциномой эндометрия³.

Безусловно, не последнюю роль в поздней выявляемости злокачественных новообразований играет и низкая онконастороженность самих женщин, а также **безответственное отношение** к собственному здоровью. Однако и здесь в некоторой степени есть упущения специалистов — со сколькими пациентками на приёме говорят **о важности диспансеризации**?

Способствовать раннему выявлению онкологического процесса может широкий охват скрининговыми мероприятиями. При этом достижение **целевых показателей** профилактической программы — не менее 80% женского населения — возможно лишь при активном участии **семейных врачей** (или врачей общей практики, ВОП), особенно в сель-

ской местности, где, кстати, проживает четверть населения нашей страны⁴.

Возвращаясь в прошлое, следует отметить, что попытки вернуть уклон в сторону преобладания первичного звена датированы 1987 годом. Именно тогда свет увидели два приказа — №1318 «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в XII пятилетке и на период до 2000 года» и №1284 «О проведении эксперимента по подготовке врачей общей практики», — в которых акцентировали внимание на **повышении роли и престижа** участкового специалиста, а также на постепенном переходе к оказанию помощи по принципу семейной медицины.

Сам эксперимент в СССР инициировали практически сразу — в том же 1987 году — в Москве, Тульской, Пензенской и Томской областях. После приказа Минздрава РФ 1992 года №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» подключили и другие регионы.

Наступила другая реальность, и, как показала практика некоторых регионов, семейный врач смог принять на себя роль многих специалистов и руководить лечебным процессом без помощи коллег. При этом **степень вовлечённости** в отдельные клинические дисциплины сильно различалась: в 3,3–41% обращений ВОП выступал в качестве оториноларинголога, до трети случаев — офтальмолога, 4,1–41% — невролога, 20,8% — педиатра, оказывал мероприятия первичной хирургической помощи (8,4%) и представлял акушерско-гинекологическую службу (4,1%). Впрочем, терапевтическая деятельность всё же превалировала, в частности до 76% в Вологодской области⁵.

Режим повышенного внимания

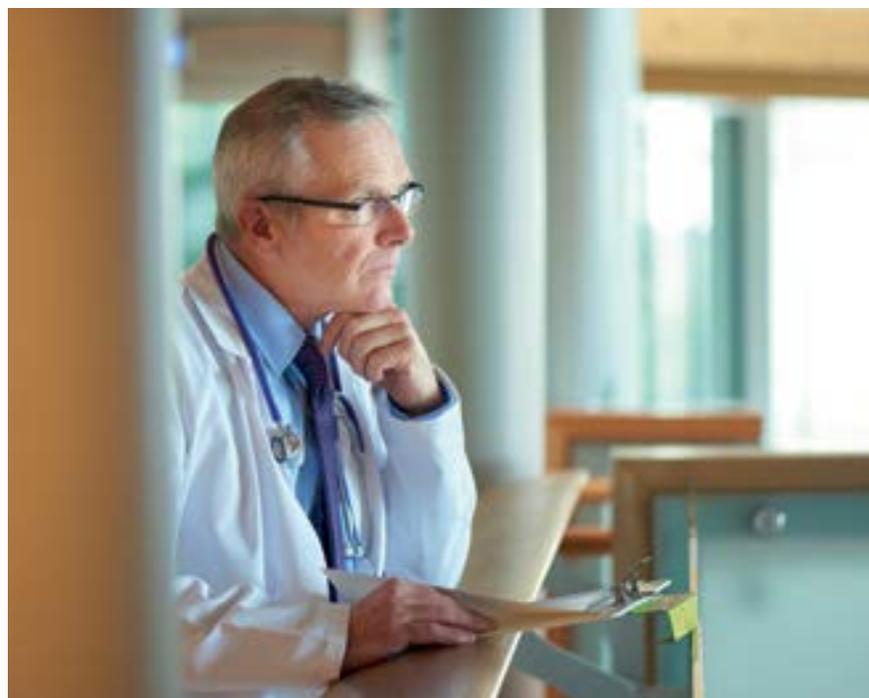
Новая парадигма семейной медицины требовала качественно иного подхода к образованию ВОП. Одной из первых в стране была создана кафедра семейной медицины Института последипломного образования в Самарской области —

в 1993 году. И уже спустя 2 года было опубликовано руководство по семейной медицине, в которое вошли все основные клинические дисциплины, в том числе акушерство и гинекология (автор раздела — проф. О.И. Линёва)^{6,7}.

Со временем организовали также **акушерско-терапевтическо-педиатрические комплексы** — аналог холистической модели охраны репродуктивного здоровья семьи, где постепенно роль «первого плана» по профилактике и лечению экстрагенитальных, а в ряде ситуаций и ги-

висимости от пола. При этом перечень необходимого **объёма знаний** и умений в квалификационной характеристике ВОП, согласно положениям Государственного профессионального стандарта, достаточно велик⁸.

Специалистам следует выполнять диагностику и лечение всех органов и систем, применять навыки лабораторных и инструментальных методов обследования (в их числе — ларингоскопия, осмотр глазных сред при помощи проходящего света, измерение



© sturif / Signature/Stock

[Ограничивают ли клинические рекомендации свободу действий? Безусловно, да. В то же время это несколько не умаляет клинического мышления — адекватность медицинской помощи зависит от личности врача.]

некологических заболеваний исполняли ВОП. При обобщении многолетнего опыта тесного сотрудничества с семейными врачами были сделаны определённые выводы.

Сама по себе специальность «семейный врач» предполагает, что её представитель может наблюдать и оказывать помощь пациентам **от момента рождения** и на протяжении всей жизни вне за-

внутриглазного давления, интерпретация ЭКГ и результатов серологических тестов при инфекционных заболеваниях и др.), а также оказывать экстренную помощь пациентам.

Вместе с тем в образовательной программе акушерству и гинекологии не уделено достаточно внимания, так же как и вопросам **охраны репродуктивного здоровья**. Однако, на наш взгляд, имен-

но на последнем следует сделать акцент, поскольку семейный врач, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, зачастую контактирует с пациентками всех возрастов во много раз чаще, чем узкие специалисты. Вот почему в силах ВОП донести действительно больше информации до населения, в том числе о правильном репродуктивном поведении, важности приверженности эффективной контрацепции, выборе оптимального срока зачатия и прегравидарной подготовке^{9–13}.

Придание особой значимости семейным врачам в контексте оказания акушерско-гинекологической помощи произошло после вступления в силу приказа №1130н. ВОП вменяется в обязанность наблюдение беременных и пациенток с гинекологическими заболеваниями, если женские консультации или предназначенные для этого кабинеты поликлинических отделений в населённом пункте отсутствуют¹⁴.

[Для максимально эффективного и оперативного взаимодействия с профильными службами семейным врачам важно хорошо ориентироваться в специализации всех акушерско-гинекологических учреждений региона.]

Для выполнения основных задач в улучшении репродуктивного здоровья и предотвращении гестационных катастроф ВОП должны знать анатомо-физиологические особенности женского организма, изменения, характерные для нормального и патологического течения беременности, владеть навыками современных методов диагностики и оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях у этой категории пациенток.

Безусловно, клиницист не должен оставаться «один на один» с осложнённым течением гестации или пациентками в тяжёлом состоянии. Именно поэтому для максимально эффективного и оперативного взаимодействия с профильными службами семейным врачам важно ориентироваться в специализации всех акушерско-гинекологических учреждений региона и возможностях консультативной помощи коллег. В этих случаях важнейшая роль принадлежит маршрутизации.

На повестке дня

Что может отрицательно влиять на результативность помощи ВОП, акушеров-гинекологов или других специалистов? Установки научных школ и приоритет местных региональных традиций, основанных на личном клиническом опыте, в обход нормативных протоколов лечения, что, к сожалению, встречаются и по сей день.

Понятия «клинический протокол», «клинические рекомендации», «стандарт оказания помощи» до сих пор зачастую вызывают негативную реакцию со стороны врачей, поскольку воспринимаются как очередное бюрократическое вевание. При этом столь долго возвращаемое в отечественной медицине клиническое мышление, по мнению многих специалистов, отодвигается или вовсе отрицается, а многочисленные наработки прошлого оказываются никому не нужными.

ского процесса и других особенностей пациенток.

Кроме того, адекватность медицинской помощи зависит от личности врача. Лечебные и диагностические ошибки могут быть связаны с тем, что доктор не имеет необходимого опыта в терапии некоторых заболеваний, а искать и тщательным образом изучать множество научных публикаций нет времени (особенно в условиях экстренности). Именно поэтому стандартизация работы в виде клинических рекомендаций со структурированием врачебных действий «подсказывает», как действовать в определённых ситуациях.

Другими словами, протокол компенсирует вариации опыта, предупреждает излишнюю потерю порой очень важных для жизни и здоровья больного минут, говорит о том, какие вмешательства помогли тысячам пациентов, и при этом одновременно служит основой для персонализированного подхода. Когда же все регламентированные методы диагностики и лечения опробованы, можно искать альтернативные пути. Однако такое случается крайне редко.



Стремительный рост объёма знаний, узкая специализация и технизация медицины привели в итоге к разобщённости и даже фрагментарности представлений о пациентах. Всё больший отрыв клиницистов друг от друга выдвигает на первый план проблему сохранения единства. Сегодня нужна «командная игра», однако её участники должны выработать общую тактику, а не просто перебрасывать мяч в надежде на случайное попадание в ворота.

Клиническое мышление нигде не исчезло — ни один нормативный документ не может подогнать множество вариантов течения заболеваний под одну планку, а тем более превратить врача в робота. Протокол лечения — маршрут, которого важно придерживаться (в том числе с юридической точки зрения) в терапии патологических состояний. Однако, где делать акценты в пути, решает непосредственно специалист, исходя из особенностей ситуации. 

Тем не менее речь не идёт о том, чтобы категорически отвергнуть опыт предшествующих лет — в клинических рекомендациях тщательным образом отобраны выверенные подходы в лечении и диагностике заболеваний, пропущенные сквозь призму доказательной медицины.

Ограничивает ли это свободу действий? Безусловно, да. В то же время нисколько не умаляет клинического мышления. Например, в отечественном протоколе «Доброкачественная дисплазия молочной железы» (2020) для лечения мастодискии предложено использовать несколько препаратов с доказанной эффективностью: средства, содержащие витекс священный, индокарбинол, прогестерон и другие. Однако это вовсе не означает, что нужно использовать все предложенные варианты одновременно — выбор конкретного средства обусловлен наличием сопутствующих состояний, факторов риска онкологиче-

ДОКТОР, КТО Я?

18-летний катамнез пациентки с синдромом тестикулярной феминизации: от диагностики до решения вопроса планирования семьи



Автор: Владимир Валентинович Литвинов, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог, репродуктолог клиники «АльтраВита» («ЭКО центр») (Москва)

Копирайтинг: Виктория Москвичёва

В книге «Генетика гениальности» Владимир Павлович Эфроимсон пишет: «...Если есть в истории такой случай, когда одно-единственное лицо круто изменяет ход событий, то это именно появление **Жанны д'Арк** к концу уже проигранной Столетней войны и благодаря этому осознание французами себя как нации»¹.

История жизни Орлеанской девы служит неисчерпаемым **источником вдохновения**, и вот уже более пяти веков представители культуры и искусства воссоздают её образ в своих произведениях. Благодаря тому что сохранилась немалая часть **документации**, включая письма современников, протоколы судебных заседаний и обвинительные заключения, учёные получили возможность провести **патографический** и даже **генетический анализ**.

Известно, что Жанна д'Арк была **высокой**, статной, олиннорукой и олинноногой, прекрасно владела оружием и отлично держалась в седле, обладала большой физической силой, предпочитала женскому платью **мужской костюм** (что было использовано против неё в обвинительном приговоре). Она проявляла сообразительность и практицизм в военных, организационных и политических вопросах, силу воли, храбрость и героизм. Сочетание всех этих качеств было нетипично для девушки XV века¹.

Кроме того, в материалах следствия были найдены данные о том, что при осмотре у Жанны д'Арк **отсутствовало оволосение** на теле, а также в период заключения у англичан, продолжавшегося не один месяц, у девушки 19 лет ни разу не было **менструальных кровотечений**². На основании описанных характеристик некоторые эксперты предполагают у Орлеанской девы редкое генетическое заболевание — **синдром нечувствительности к андрогенам**.

Синдром тестикулярной феминизации (СТФ) впервые в Европе в 1817 году описал баварский врач Георг Стеглелнер (Georg Steglehner)³, в России — в 1893 году профессор клиники Московского университета Сергей Иванович Благоволин (1865–1947). В 1953 году американский гинеколог **Джон Моррис** (John Morris) дал первое

более полное описание СТФ на основе материалов из медицинской литературы и собственной клинической практики.

Термин «тестикулярная феминизация» отражает давнее представление учёных о том, что яички при этом патологическом состоянии вырабатывают гормон, оказывающий феминизирующее действие на организм⁴.

За несколько лет до того, как Моррис опубликовал свою статью, детский эндокринолог **Лоусон Уилкинс** (Lawson Wilkins) представил данные о том, что невосприимчивость клеток-мишеней к андрогенным гормонам служит причиной **мужского псевдогермафродитизма**. Работа Л. Уилкинса, в которой выявили отсутствие терапевтического эффекта применения андрогенов у 46 больных с кариотипом XY, внесла изменения в терминологию, и СТФ, более привычный для отечественных клиницистов, некоторые эксперты предпочитают называть синдромом нечувствительности к андрогенам.

[При сборе анамнеза стало известно, что в 4-летнем возрасте девочке выполнили операцию — правостороннюю паховую герниопластику. В грыжевом мешке обнаружили ткань, напоминающую по структуре яичко.]

Несмотря на достаточно низкую распространённость СТФ — от двух до пяти случаев на 100 тыс. человек, — его обнаруживают у 10% пациенток с **первичной аменореей**^{5,6}. Примерно у 80–90% девочек выявляют не очень характерную для них **паховую грыжу**^{7,8}, что позволяет специалисту заподозрить СТФ уже на этапе осмотра и сбора анамнеза. Поскольку существует вероятность **малигнизации** тестикулярной

ткани в постпубертатном периоде⁶, важно как можно раньше установить диагноз и составить план ведения таких больных.

Операция в детстве — герниопластика

Пациентка К. 14 лет в 1997 году впервые обратилась с матерью в медицинский центр с жалобами на **первичную аменорею**. При сборе анамнеза стало известно, что в 4-летнем возрасте девочке выполнили **операцию** — право-

стороннюю паховую **герниопластику**. В грыжевом мешке обнаружили ткань, напоминающую по структуре **яичко**, которую не удалили. Лечащий врач рекомендовал дополнительное обследование и медико-генетическое консультирование, от которых родители **отказались**.

По данным осмотра пациентки: рост 170 см, масса тела 50 кг, нормостеническое телосложение, **женский фенотип**, молочные железы развиты соответ-

ственно возрасту. Интеллект сохранён. Самосознание, поло-ролевое поведение и психосоциальная ориентация женские. Подмышечное и лобковое **оволосение отсутствовало**. Наружные половые органы полностью соответствовали женскому фенотипу, девственной плевы нет.

Длина влагалища при зондировании — 7 см. Осмотр с помощью детского зеркала Куско №1: влагалище узкое, заканчивается **слепо**, шейка матки **не визуализировалась**. При бimanуальном ректоабдоминальном исследовании матки и придатки не обнаружены.

По данным **ультразвукового исследования (УЗИ)** органов малого таза: матка, её шейка и придатки не визуализировались, справа выявили гипоэхогенное образование размерами 25×17 мм с анэхогенным включением 21 мм, слева — гипоэхогенное образование 21×18 мм. Оба образования были расположены близко к брюшной стенке.

По результатам анализа крови концентрация **тестостерона** составила 26,21 нмоль/л (референсные значения для девочек и женщин 10 лет и старше — 0,45–3,75 нмоль/л, для мужчин 14 лет и старше — 5,76–28,14 нмоль/л). Пациентку направили к генетику, при обследовании выявили кариотип **46,XY**.

На основании анамнеза, клинико-лабораторных данных, результатов УЗИ и медико-генетического обследования диагностировали **полную форму СТФ**. С учётом риска малигнизации тестикулярной ткани пациентке рекомендовали лапароскопическую **гонаэктомию**.

Патогенетические механизмы СТФ

СТФ обусловлен **дефектом гена** андрогенных рецепторов AR, который расположен на коротком плече X-хромосомы. На этапе раннего эмбриогенеза при кариотипе 46,XY гонады формируются как **яички**, выделяющие тестостерон и антимюллеров гормон, но в отсутствие чувствительности к андрогенам реализация генотипа 46,XY произойти не может. Секреция эстрогенов надпочечниками и частично гонадами формирует женский **фенотип** при отсутствии производных мюллеровых протоков (маточных труб, матки и верхней трети влагалища)⁹. Яички при этом не способны к сперматогенезу.

Выделяют **полную и неполную формы** синдрома нечувствительности к андрогенам. Для первой характерен женский фенотип: поскольку чувствительность организма к тестостерону отсутствует полностью, рождается «здоровая девочка», не имеющая на первый взгляд каких-либо отклонений в развитии.

Для **неполной формы** заболевания характерна более разнообразная клиническая картина, поскольку в организме присутствует некоторая чувствительность к тестостерону.

Операция — гонаэктомия

После беседы с родителями и получения информированного согласия на медицинское вмешательство выполнили вторую операцию — **лапароскопическую гонаэктомию**. При ревизии малого таза подтвердили отсутствие матки, маточных труб и яичников с двух сторон. Слева в области проекции паховой связки **экстраперитонеально** выявили опухолевидное образование мягкой консистенции размерами 30×25×25 мм с тяжем, идущим к стенкам таза. Справа в области проекции внутреннего кольца пахового канала экстраперитонеально

обнаружили опухолевидное образование мягкой консистенции размерами 25×25×20 мм, частично спаивное с передней брюшной стенкой.

Результаты срочного **гистологического исследования** полученных тканей: слева — в состав фиброзных оболочек включено дизонтогенетически незрелое образование, морфологически без признаков малигнизации (участок незрелой ткани яичка), справа — многокомпонентная тератома яичка (?). Образования удалили путём наложения с каждой из сторон трёх петель Рёдера с последующим отсечением и коагуляцией культией.

Окончательное гистологическое заключение: левая гонада — дисплазия дистопированного яичка, правая гонада — участок фиброзно-мышечной ткани с кистозно расширенным протоком жировой клетчатки по периферии (расценили как состояние после первого хирургического вмешательства — герниопластики — в детстве, правое яичко удалили или частично удалили).

Послеоперационный период протекал без осложнений. В качестве **заместительной гормональной терапии (ЗГТ)** назначили эстриол перорально в дозе 2 мг/сут в непрерывном режиме.

Динамическое наблюдение

Через **8 мес после гонадэктомии** (второй операции в анамнезе) пациентка сообщила, что принимает **комбинированный оральный контрацептив** (30 мкг эстрадиола + 150 мкг дезогестрела ежедневно) в непрерывном режиме по назначению врача. При анализе крови концентрация тестостерона составила **3,9 нмоль/л**, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов — в пределах референсных значений. При **УЗИ** органов малого таза патологических образований не выявили.

Спустя **3 года** после гонадэктомии пациентка принимала по назначению врача ЗГТ (17β-эстрадиол в составе геля для наружного применения 0,5 г 1 раз в 3 дня). При обследовании обнаружили **повышение концентрации тестостерона** до **29,7 нмоль/л**, что интерпретировали как «неточность лаборатории». **УЗИ** органов малого таза без



особенностей. Волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке **отсутствовал**.

Через **5 лет** после гонадэктомии выполнили повторное УЗИ органов малого таза (без изменений) и молочных желёз. Девушка получала 17β-эстрадиол в составе геля для наружного применения (1,25 г 1 раз в 3 дня). Концентрацию половых гормонов в крови не определяли.

В 2004 году пациентка вышла **замуж**. Через год на приём сообщила, что ЗГТ принимает в прежнем режиме. Объективно: рост 170 см, масса тела 60 кг, женский фенотип, астеническое телосложение. Волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке отсутствует. В ходе лабораторной диагностики выявили **высокую концентрацию тестостерона** — 44,5 нмоль/л. При УЗИ в области проекции правых придатков **обнаружили образование** овоидной формы средней эхогенности размерами 23×33×14 мм. Врач рекомендовал контрольное УЗИ через 2–3 мес и определение концентрации тестостерона, однако женщина на приём не пришла и не обследовалась.

Через **9 лет** после второй операции пациентка жалоб не предъявляла. Использовала 17β-эстрадиол (гель для на-

ружного применения 1,25 г 1 раз в 3 дня). Тестостерон 45,6 нмоль/л. УЗИ органов малого таза: в области проекции правых придатков матки **образование** овоидной формы средней эхогенности размерами 27×19 мм. Лечащий врач рекомендовал выполнение **оперативной лапароскопии**, однако женщина **отказалась** от хирургического вмешательства.

Спустя **10 лет** после гонадэктомии субъективное состояние девушки без изменений. Принимала 17β-эстрадиол (гель для наружного применения 0,5 г 1 раз в 3 дня). Результаты обследования: тестостерон **47,4 нмоль/л**, УЗИ органов малого таза — в области проекции правых придатков матки обнаружили **образование** овоидной формы средней эхогенности размерами 29×21 мм. От оперативной лапароскопии больная **категорически отказалась**.

На очередном приёме в **2008 году** отметили тенденцию к **увеличению размеров образования** в сравнении с предыдущими периодами наблюдения. При УЗИ органов малого таза в области проекции правых придатков матки — образование овоидной формы средней эхогенности размерами 32×28 мм. На приём пригласили мать пациентки, и совместными усилиями удалось получить согласие на **хирургическое вмешательство**.



© Gorynd / Shutterstock

[Пациентке выполнили второе оперативное вмешательство — лапароскопическую гонадэктомию. При ревизии малого таза подтвердили отсутствие матки, маточных труб и яичников с двух сторон. При этом слева и справа выявили два опухолевидных образования, расположенных экстраперитонеально.]

Повторная операция — гонадэктомия (рецидив)

В 2008 году выполнили **вторую лапароскопическую гонадэктомию** (третья операция в анамнезе). При ревизии матку, яичники, маточные трубы не обнаружили. Справа забрюшинно ниже внутреннего отверстия пахового канала найдено образование размерами 25×35 мм железистой структуры. Удалили гонады справа. Содержимое образования железистое. Окончательное гистологическое заключение: **ткань яичка**. Послеоперационное течение протекало без осложнений, пациентку выписали через сутки после хирургического вмешательства.

Спустя **1 год и 3 мес** после повторной гонадэктомии получала 17β-эстрадиол (гель для наружного применения 1,25 г 1 раз в 3 дня), концентрация тестостерона крови 0,55 нмоль/л. УЗИ органов малого таза — патологических образований не выявили. Пациентке удалось реализоваться в профессиональной деятельности, она второй раз вышла замуж и хотела иметь детей.

Дальнейшее наблюдение

Пациентка хотела испытать радость материнства, и это удалось в 2013 году благодаря программе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), включившей донатию ооцитов, их оплодотворение спермой мужа и суррогатное материнство. Спустя 5 лет 4 мес после третьей операции она пришла на приём. Рост 171 см, масса тела 64 кг (соблюдает диету с 2013 года, похудела на 8 кг).

Женщина предъявляла жалобы на **утомляемость** к вечеру. Использовала 17β-эстрадиол (гель для наружного применения 1,25 г 1 раз в 3 дня). Гормоны крови: тестостерон 0,45 нмоль/л, эстрадиол **менее 37** пг/мл. Врач рекомендовал увеличить дозировку геля до 2,5 г 1 раз в 3 дня, что дало положительный эффект.

Через 6 лет после третьего оперативного вмешательства на приёме паци-

Особый подход

Практическим врачам необходимо помнить, что отсутствие матки при первичной аменорее у пациенток с женским фенотипом возможно при синдроме Майера—Рокитанского—Кюстера—Хаузера (кариотип 46,XX) и при СТФ (кариотип 46,XY).

После диагностики СТФ по результатам кариотипирования ввиду риска малигнизации необходимо хирургическое удаление гонад в постпубертатном периоде. После операции для дальнейшего формирования женского фенотипа и профилактики остеопороза показана длительная ЗГТ эстрогенами до возраста естественной менопаузы. Целесообразно активное динамическое наблюдение: УЗИ органов малого таза или магнитно-резонансная томография (МРТ), определение концентраций гормонов (тестостерона и эстрадиола), денситометрия.

Вопрос о социальной, психологической и сексуальной адаптации таких больных окончательно не решён. Кто, в какой форме и когда должен информировать юную пациентку об отсутствии перспектив в самостоятельной реализации репродуктивной функции, необходимости и длительности ЗГТ? Вероятно, лишь коллективные усилия родителей, психологов и медицинских работников, в первую очередь акушеров-гинекологов, помогут девушке в формировании идентичности.

[При помощи программы вспомогательных репродуктивных технологий, включившей донатию ооцитов, их оплодотворение спермой мужа и суррогатное материнство, пациентка стала матерью двоих детей.]

ентка жалоб не предъявляла, активная, бодрая. Использовала 17β-эстрадиол (гель для наружного применения 2,5 г 1 раз в 3 дня). Концентрации гормонов в крови не определяли. УЗИ органов малого таза — без особенностей. При **денситометрии** показатели минеральной плотности костной ткани в пределах нормальных значений.

Данные динамического наблюдения за пациенткой после гонадэктомии в 1997 году показывали рост концентрации тестостерона через 3 года после операции, что свидетельствовало (постфактум) о функционировании **не полностью удалённой гонады** (очаг гиперпродукции андрогенов). Только через 8 лет при ультразвуковом контроле впервые обнаружили образование в области правой гонады (рецидив), что потребовало повторного оперативного лечения. Таким образом, **наблюдение** за пациентками **после хирургического вмешательства** (выполнение экспертного УЗИ, в некоторых случаях — МРТ)

и динамический лабораторный контроль тестостерона в крови позволяют объективно **контролировать пациенток с СТФ** после оперативного лечения. Важно исследовать концентрацию эстрадиола в крови и назначать денситометрию, обращать внимание на жалобы и общее состояние с целью своевременной коррекции принимаемого эстрадиола. Все эти мероприятия — **важные составляющие диспансерного наблюдения** у таких больных.

Деонтология на практике

После первой операции — гонадэктомии — на консультативных приёмах в ответ на вопросы об **отсутствии менструаций** лечащий врач сообщил пациентке, что выполнение хирургического вмешательства связано с «изменениями в яичниках», которые пришлось опери-

ровать. Это привело к тому, что у неё не будет менструации, в связи с чем ей необходимо принимать ЗГТ в **постоянном режиме**. На тот момент вопрос о репродуктивной функции женщина не поднимала.

Уже после замужества больную проинформировали о **невозможности** для неё беременности и родов, но рассказали о варианте ВРТ с использованием донорских ооцитов и программы суррогатного материнства.

В 2015 году уже после рождения двоих детей пациентка **впервые** задала вопрос о том, как называется её истинное состояние, на что получила ответ: «это генетическое заболевание — синдром нечувствительности к андрогенам или тестикулярной феминизации, кариотип 46,XY». Полученную информацию она восприняла **спокойно**.

Женщина сообщила, что её периодически беспокоит **«молочница»**, и получила необходимые рекомендации по лечению кандидозного вульвовагинита и интимной гигиене. Врач пояснил, что на фоне **длительного приёма эстрадиола** и ввиду анатомических особенностей возможно появление подобных симптомов, однако использование противогрибковых препаратов согласно инструкции и соблюдение рекомендаций специалиста позволит уменьшить частоту и тяжесть обострений.

Кроме того, в ходе беседы с врачом пациентка отметила, что в интимной жизни не получает **оргазма**. Ей разъяснили, что это связано с врождённым состоянием, однако признаком болезни само по себе это **не считают** (некоторые женщины также не испытывают оргазм во время сексуального контакта).

При завершении консультации пациентка задала, наверное, главный вопрос: «Так что же получается, я мужчина?» — на что получила следующий комментарий: «Нет, кариотип 46,XY — ещё не ответ, кто вы есть на самом деле». В конечном итоге родительское воспитание с детства девочкой, создание семьи и, самое главное, то, что она состоялась как мать, имеют более решающее значение в этом вопросе: она — **счастливая женщина**.

Эксперты единодушны: при консультации больных с Y-хромосомой в кариотипе недопустимо даже вскользь говорить об их «мужском поле» или «мужском кариотипе» — только о «нарушениях» или «отклонениях» в хромосомном наборе. Особенно важно соблюсти это правило при сообщении окончательного диагноза: такие пациентки с раннего детства растут и формируются как девочки, и неосторожный комментарий может нанести им серьёзную психологическую травму⁹.

Спорт высших достижений

В истории большого спорта неоднократно были эпизоды дисквалификации спортсменок с кариотипом 46,XY. **Обязательное обследование** стали выполнять после инцидента с немецкой легкоатлеткой **Дорой Ратьен** (Dora Ratjen).

В 1939 году Ратьен побила мировой рекорд в прыжках в высоту. После соревнований стало известно, что она генетически была **мужчиной**. Спортсменку лишили титула и права участвовать в международных соревнованиях.

Этот эпизод послужил поводом к тому, что всех участниц соревнований для верификации их пола начали **осматривать врачи**, однако так называемые «голые парады» вызывали общественный резонанс, и до середины 1980-х годов спортсменки стали сдавать анализ крови на кариотип¹⁰.

В ходе подготовки к Олимпийским играм 1996 года в Атланте провели комплексную проверку, в том числе определение **биологического пола**. У восьми из 3387 спортсменок (1:423) выявили СТФ, что многократно превышало общепопуляционную распространённость этого заболевания¹¹.

С 2018 года вступили в действие новые правила Международной ассоциации легкоатлетических федераций относительно спортсменок с **особенностями полового развития**. Женщин с высокой концентрацией тестостерона не допускают к соревнованиям до тех пор, пока они не получают необходимое лечение для его снижения¹².

Однако это решение неоднократно подвергали критике, поскольку, несмотря на высокую концентрацию тестостерона, чувствительность к нему при полных формах СТФ отсутствует, следовательно, у спортсменок нет в этом плане **достоверных преимуществ**.



Больные с СТФ, как и их родители, часто даже **не догадываются** о своём генетическом поле (кариотип 46,XY). Как правило, уже в возрасте 14–16 лет они обращаются к **акушеру-гинекологу** по поводу отсутствия менструаций. Таким образом, на специалиста возложена ответственность за грамотное ведение и **информирование** подростка и его близких. От того, насколько доступно и в то же время **тактично** врач проведёт консультацию, зависит не только физическое, но и психологическое состояние больных.

Безусловно, в идеальных условиях вести таких пациенток должна **междисциплинарная команда врачей**, состоящая из акушера-гинеколога, хирурга, медицинского генетика, эндокринолога и клинического психолога или психиатра. В реальной практике огромная ответственность, в том числе и оказание «первой психотерапевтической помощи», лежит на том специалисте, который впервые диагностировал СТФ. Это, как правило, именно работники акушерско-гинекологического звена.

[При консультации больных с Y-хромосомой в кариотипе недопустимо даже вскользь говорить об их «мужском поле» или «мужском кариотипе» — только о «нарушениях» в хромосомном наборе.]

Библиографию см. на с. 90–94.

ПОДРОСТКИ: ФУНКЦИОНАЛ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ПО ВОЗ

СМЕРТНОСТЬ ПОДРОСТКОВ: СИСТЕМНЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОЗМОЖНОСТИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ*

В мире ежегодно умирает около **1,5 млн подростков** и молодых людей в возрасте 10–24 лет — это почти 5 тыс. смертей ежедневно. В 2021 году эксперты ВОЗ выпустили информационный бюллетень, в котором отразили **основные опасности** для здоровья этой возрастной группы и предложили **возможные мероприятия** для снижения летальности. Многие риски напрямую связаны с оказанием акушерско-гинекологической помощи.



ВИЧ

Каждый десятый вновь заражённый ВИЧ (за исключением передачи от матери плоду) — подросток! Три четверти из ВИЧ-инфицированных — девочки.

ВПЧ

Инфицирование ВПЧ — фактор риска аномальных бородавок, РШМ и других онкозаболеваний.

Что необходимо:

вакцинация против ВПЧ в подростковом возрасте (9–14 лет). Важна своевременная диагностика ассоциированных с ВПЧ поражений.

Что необходимо:

информирование юных пациенток о методах профилактики ИППП, свободный доступ к мероприятиям по профилактике ВИЧ, своевременные диагностика и лечение.

Микронутриентная недостаточность

Железодефицитная анемия в 2016 году была второй по значимости причиной преждевременной смерти или инвалидности у подростков.

Что необходимо:

дотация препаратов железа и фолатов, которая способствует укреплению здоровья подростков и служит превентивной стратегией нивелирования акушерских и перинатальных рисков.

Подростковая беременность

В мире на 1000 девушек в возрасте 15–19 лет приходится 43 случая деторождения.

Что необходимо:

репродуктивное просвещение и профилактика ранней беременности.

Недостаточное питание и ожирение

В развивающихся странах многие дети хронически недоедают. При этом количество подростков с ожирением возрастает повсюду — примерно каждый шестой подросток.

Что необходимо:

формирование здоровых привычек питания в подростковом возрасте, сокращение сбыта продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжиров, свободных сахаров или соли и обеспечение доступа к здоровой пище.

Насилие

Перенесённое насилие увеличивает у подростков риск травматизма и ИППП, психических расстройств, плохой успеваемости в школе, подростковой беременности, репродуктивных нарушений, а также инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Что необходимо:

воспитание детей, предотвращение хулиганства, программы развития социальных навыков, эффективная и внимательная забота о подростках, переживших насилие, включая постоянную поддержку.

Травмы и другие внешние причины

Случайные травмы — ведущая причина смерти и инвалидности у молодёжи. В ДТП в год погибает более 15 тыс. подростков, ещё 30 тыс. тонут в водоёмах.

Психическое здоровье

Суицид — третья по частоте причина смерти в возрасте от 15 до 19 лет. Половина всех нарушений психического здоровья у взрослых возникает до 14 лет, однако в большинстве случаев их не выявляют и не лечат.

Употребление табака

По меньшей мере каждый десятый подросток в возрасте от 13 до 15 лет употребляет табак.

Алкоголь и наркотики

Употребление алкоголя и наркотиков детьми и подростками — причина нейрочогнитивных изменений, которые могут привести к поведенческим, эмоциональным и социальным проблемам.

Физическая активность

Во всех регионах ВОЗ отмечена высокая распространённость недостаточной физической активности молодых. Этот показатель выше среди девочек-подростков, чем среди мальчиков.



Вывод: Девушки-подростки — будущее нации и **настоящее женской консультации**. И только акушеры-гинекологи в состоянии **сократить** количество юных беременных и **защитить** тинейджерский контингент от многочисленных, в том числе от смертельных, заболеваний.

* Информационный бюллетень ВОЗ «Подростки: риски для здоровья и их пути решения» (2021). — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.