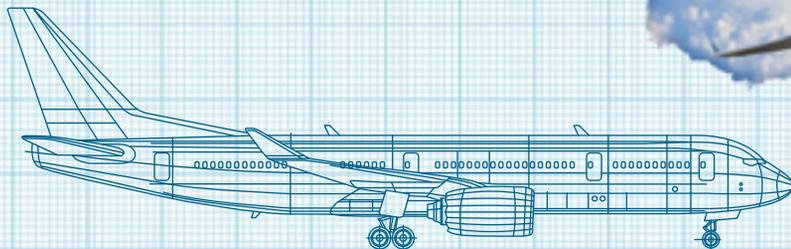
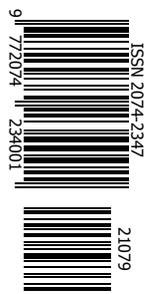


АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

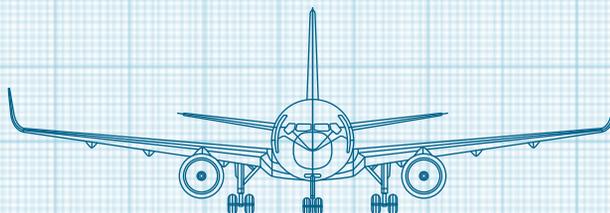
# Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#4 [79] 08 / 2021 / StatusPraesens



...2021



тема  
**№**

## Предиктивность как дерзновение: управляем ещё неслучившимся

1452–1519...

Стратегия риска, фетальное программирование, искусственный интеллект и другие инструменты предиктивности • Гормональный «фронт работ»: чем на самом деле занят гинеколог? • Критерии POSEIDON как предикторы эффективности ВРТ • Наличие постоянного полового партнёра — фактор риска рецидива бактериального вагиноза • Безумная готация железа во время беременности может быть опасна!



## Уважаемые коллеги!

Цифровые технологии активно входят в сферу здравоохранения планеты и уже через пару ближайших лет значительно изменят структуру оказания медицинской помощи. Во всех странах мира мы наблюдаем настоящий взлёт инвестиций в **IT-медицину**. Однако интересы пациентов должны быть превыше всего, и руководители стран не допускают превалирования экономических предпочтений над ценностью человеческой жизни и здоровья.

Сегодня Россия строит цифровое здравоохранение, обеспечивая оказание медицинской помощи за счёт централизации **всех данных в электронном виде** и применения методов **искусственного интеллекта для их обработки**, а также обеспечения коммуникации всех участников процесса, включая **дистанционный мониторинг здоровья**.

Цифровизация медицины — тренд, продолжающий набирать популярность не случайно: внедрение инновационных технологий не только способствует развитию **превентивной персонализированной медицины**, позволяя предвидеть заболевания заранее и эффективно управлять рисками, но и облегчает принятие управленческих решений. При этом за счёт использования результатов обработки и **анализа больших объёмов** медицинских данных в цифровом виде существенно повышается эффективность деятельности службы охраны здоровья населения.

Как показывает практика, IT-технологии способны значительно повысить качество и доступность здравоохранения. Так, искусственный интеллект **за долю секунды** анализирует данные, собранные врачами всего мира, и ставит более точный диагноз, чем доктор, впервые столкнувшийся с тем или иным заболеванием. Более того, набирающая популярность телемедицина уже сегодня позволяет пациентам **регулярно** находиться на связи с медиками, что особенно важно для людей с ограниченными возможностями передвижения или наблюдающихся у зарубежных специалистов.

Интернет-навигацию граждан обеспечивает программа создания федеральной информационной системы, в которую должны войти учреждения здравоохранения, страховые компании, аптеки и спортивно-оздоровительные центры. Это позволит людям получать всю необходимую информацию о доступных медицинских услугах, лекарствах и оборудовании, программах профилактики и выбирать наиболее подходящие им.

Предстоит ещё много решить: продумать **порядок сбора и анализа информации**, разработать программное обеспечение для мобильных устройств, обеспечить защиту персональных данных и безопасные способы коммуникации врача и пациентов.

Я уверена, что именно цифровизация здравоохранения формирует образ будущей системы охраны здоровья россиян. Желаю всем успехов и отличного самочувствия!

Главный врач ГКБ им. В.В. Виноградова, депутат Московской городской думы, докт. мед. наук, проф. **О.В. Шаропова**

# Статус

гинекология акушерство

# 4 [79] 08 / 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 Рагзинский

**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, Полина Солтыс

**Препресс-директор:** Нелли Демкова

**Арт-директор:** Лина Тавдугмадзе

**Руководитель группы дизайна:** Латип Латипов

**Руководитель группы вёрстки:** Юлия Скюточкина

**Выпускающий редактор:** Варвара Лосева

**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)

**Руководитель отдела продвижения издательских проектов:** Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, 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 — 17 августа 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, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика» 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №20590 / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак») обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Латип Латипов. Фото на обложке: © JetKat / Shutterstock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Adobe Stock.

© ООО «Статус презенс»

© ООО «Медиабюро Статус презенс»

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

# 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

Адамян 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

9

СЛОВО ГЛАВНОГО  
РЕДАКТОРА

### Можно ли переиграть сценарий?

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

14

НОВОСТИ

17

ШКОЛА  
ЮРИДИЧЕСКОЙ  
САМООБОРОНЫ

### Третий — лишний?

Интервью с медицинским юристом, исполнительным директором Ассоциации клиник ВРТ Валерией Анатольевной Советовой

Иванов А.В.

Около 83% россиян считают главной задачей укрепление «традиционных ценностей». Одна из главных — защита семьи и детства: слова В.В. Путина «Пока я президент, у нас не будет родителей один и два, у нас будут папа и мама» почти все восприняли с одобрением. Никто и не думал, что ситуацию, когда родителей больше, чем двое, предложат просто запретить.

23

ПОСТ-  
АНТИБИОТИКОВАЯ  
ЭРА

### Охранительный режим

Локальные пробиотики в борьбе с рецидивами вагинальных инфекций

Колода Ю.А., Дьяконов С.А.

31

VIA SCIENTIARUM

### Оркестру нужен дирижёр...

«Эндокринность» акушерства и гинекологии в рутинной работе врача

Рагзинский В.Е., Раевская О.А., Маклецова С.А.

Менструация — самый яркий признак нормального функционирования женской репродуктивной системы. При этом не всегда регулярный менструальный цикл свидетельствует об отсутствии болезни, однако любые его нарушения — всегда симптом неблагополучия. Клинических вариантов всего два: кровотечение и задержка/отсутствие менструации. Казалось бы, так просто!

39

ПЕХТ-ПРОСВЕТ

### Испытание на прочность

Поверхностная диспареуния: что мы о ней знаем?

Бибнева Т.Н.

Любой акушер-гинеколог согласится, что жалобы на диспареунию пациентки предъявляют крайне редко, впрочем, и специалисты об ощущениях при коитусе обычно не спрашивают, хотя женщины нередко приходят на приём именно с теми патологическими состояниями, когда боль при половом акте можно заподозрить с высокой степенью вероятности. В числе частых причин — вульвовагинальные инфекции, атрофические изменения вагинального эпителия, эндометриоз.

# status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

48

## За пределами «женской» проблемы

Дифференциальный подход к диагностике и лечению глубокой диспареунии  
Оразов М.Р., Яцышина Д.В., Быкова О.А.

Порочный круг сексуальной дисфункции у женщин с диспареунией обычно берёт начало с рецидивирующей боли и, как следствие, страха и ожидания повторения неприятных ощущений при каждой попытке коитуса. В свою очередь, боязнь и предчувствие боли — два самых мощных ингибитора сексуального возбуждения и основные причины отсутствия желания интимной близости и недостаточной лубрикации.

55

ДИСКУССИОННЫЙ  
КЛУБ

## Скованные одной цепью

Анемический синдром при ожирении и гестационном сахарном диабете  
Старцева Н.М.

62

## Многоликий дефицит

Дефицит витамина D: лечим «по умолчанию». Что важно клиницисту?  
Хамошина М.Б., Рамазанова Ф.У., Артёменко Ю.С.

В последние годы медицина переживает информационный бум, повлёкший за собой «культ витамина D». В базе публикаций PubMed при введении в поиске «vitamin D» за период 2010–2021 годов можно найти около 5000 статей. Свойства этого вещества выходят за рамки когорты витаминов как таковых. Чем же так важен акушеру-гинекологу «гормон D» и его дефицит?

73

CONTRAVERSION

## Зайдите на недельке?

Ведение пациенток с функциональными кистами яичников  
Касян В.Н., Солтыс П.А., Москвичёва В.С.

Функциональные овариальные образования зачастую не требуют никакого лечения и регрессируют самостоятельно через некоторое время. Основная сложность при выявлении любого объёмного образования яичника — убедиться, что оно не онкоопасно. Можно ли избежать гистологической верификации диагноза? Можно ли предупредить рецидивы? Когда показана операция?

79

ЧТО  
И ТРЕБОВАЛОСЬ  
ДОКАЗАТЬ

## Часовая башня репродукции

Преодоление бесплодия в старшем репродуктивном возрасте  
Краснопольская К.В., Дьяконов С.А., Москвичёва В.С.

Яичники — орган, старение которого происходит быстро, с опережением возрастных изменений матки, гипофиза или поджелудочной железы. Количество и качество ооцитов неуклонно падает, вплоть до момента, когда зачатие и рождение детей станет невозможным. Женщины, отложившие деторождение до 40 или 50 лет, — крупнейшая когорта бесплодных пациенток.

# status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

86

## С позиции обоснованности

Тошнота и рвота беременных: стоит ли вмешиваться?

Хамошина М.Б., Епишкина-Минина А.А., Тулупова М.С., Яцышина Д.В.

Тошнота и рвота беременных могут носить адаптивно-протективный характер. Эти симптомы отмечают у 35–70% будущих матерей, но, по данным исследователей, распространённость может достигать 90%. И хотя отдалённые эффекты этого состояния изучены не полностью, его влияние на качество жизни однозначно негативное — и этот аспект нельзя не учитывать.

93

ОСТОРОЖНО: АБОРТ

## Спасательный круг в бурном море

Контрацепция в период пандемии

Тапильская Н.И., Раевская О.А., Солтыс П.А.

Масштабное перепрофилирование медицинских ресурсов на борьбу с COVID-19 одновременно ограничило объёмы помощи женщинам в вопросах репродуктивного здоровья и планирования семьи. Некоторые страны с трудом смогли преодолеть проблему резкого ограничения пациенток в доступе к средствам контрацепции, а 9% отметили рост числа незапланированных аборт.

99

BACK-UP

## Задача трёх тел

Масталгия при «неопухоловой» гиперпролактинемии: причины и тактика ведения

Овсянникова Т.В., Раевская О.А.

107

РОДЗАЛ

## Второй шанс

Рубец на матке: новые критерии отбора на естественные роды с рубцом на матке

Алексеева Л.А., Намжилова Л.С., Ли-Ван-Хай А.В.

Оправдать рост кесаревых сечений может только стремление снизить перинатальную смертность без увеличения материнской. Долгое время мы наблюдали почти идеальную корреляцию между ростом доли кесаревых сечений и снижением материнской смертности. Но рано или поздно наступает предел, когда риски не исчезают, а прогресса в снижении неудач больше нет.

113

CASUISTICA

## Доктор, что со мной не так?

Эндометриоз с тревожными нотами: как сменить тональность? Разбор клинического случая

Оразов М.Р.

118

ЛИТЕРАТУРА  
И ИСТОЧНИКИ

# МОЖНО ЛИ ПЕРЕИГРАТЬ СЦЕНАРИЙ?

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



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

Может ли человек прожить без общества? Вряд ли. Государство — бюрократическая машина, строго следящая за **соблюдением обязанностей** граждан, но оно же обеспечивает и **защиту прав**. А может ли медицина обойтись без государственного регулирования и контроля? Конечно, стремление к целевым показателям «во что бы то ни стало» **пагубно**, нужен грамотный и честный анализ ошибок и просчётов, но без вектора развития **прогресса не будет**.

19 июля 2021 года состоялось заседание Совета по стратегическому развитию и национальным проектам. Президент РФ В.В. Путин ещё раз акцентировал внимание на **приоритетных целях**, ключевая из которых — увеличение средней продолжительности жизни **до 78 лет** к 2030 году. Что можем мы, акушеры-гинекологи, сделать для реализации этих целей?

**О**т чего зависит продолжительность жизни? На 25% она генетически детерминирована, а оставшиеся 75% — эпигенетические влияния и образ жизни. Огромный потенциал!

Сегодня всё большее внимание учёных занимают вопросы генетики, при этом **революционные темпы** овладения новыми способами воздействия на физиологию человека опережают все происходящие события, оставляя далеко позади даже «медицину высоких технологий».

В этом контексте стоит упомянуть революционное событие, удостоенное в 2020 году Нобелевской премии, — технологию **редактирования генома**. То, что когда-то казалось фантастикой, сегодня — уже реальность. Разумное внедрение в практику системы модификации генома даст возможность парам с генетическими нарушениями **обойти препоны природы** на пути к здоровому потомству и, возможно, продлить жизнь ныне живущему поколению.

К сожалению, **привить привычку** к здоровому образу жизни без вмешательства государства **невозможно**, наши призывы и лозунги не работают. А что мы можем? Первое, что приходит на ум, — **коррекция заболеваний**, в том числе с помощью менапаузальной гормональной терапии. Однако это только **верхушка айсберга**, экстренная мера «тушения гормонального пожара».

Гораздо большие резервы скрыты в предвидении и предупреждении заболеваний, желательны начатые во внутриутробном периоде. Вот почему так важно **предиктивное акушерство** — это не очень благозвучное, но очень удачное название должно насторожить по крайней мере наших коллег акушеров-гинекологов в отношении ближайшего будущего. Профилактические мероприятия касаются не только и не столько снижения осложнений беременности, но и — что гораздо важнее — **фетального программирования**. Любые отклонения внутриматочной среды (нарушение плацентации, гипоксия, дефицит микронутриентов, дисбаланс гормонов) могут **инициировать** во взрослом возрасте ожирение, артериальную гипертензию, когнитивные расстройства. Список доказанно программируемых заболеваний постоянно расширяется.

Все накопленные к первой четверти XXI века знания об **управлении рисками** собраны в нашей **новой книге «Предиктивное акушерство»**, которую мы с огромной радостью представим на «Сочинских контраверсиях».



Как всегда, это великое достижение базируется на гораздо более ранних, и об этом едва ли не лучше всех знают акушеры-гинекологи, много лет применяющие в своей работе **стратегию перинатального риска**. Ещё во времена Советского Союза, в 1981 году, был издан приказ №430 о работе женских консультаций, в котором предписывали оценивать степень риска в родах и послеродовом периоде, а главное (и это было применено впервые!) — перинатальный риск. Технология была довольно проста: вероятность неблагоприятных событий подсчитывалась, исходя из данных наблюдения за беременной, причём **90%** этой информации врач получал из **анамнеза и медицинской документации**. Это была шкала О.Г. Фроловой и Е.Н. Николаевой, адаптированная из аналогичного документа, внедрённого в 1969 году в клиниках США.

[ Любые отклонения внутриматочной среды (нарушение плацентации, гипоксия, дефицит микронутриентов) могут инициировать во взрослом возрасте ожирение, артериальную гипертензию, когнитивные расстройства. ]

Надо сказать, что приказ Минздрава СССР исполняли хорошо. Более того, инициативные регионы разработали **дифференцированный подход** к стратегии прогнозирования осложнённой гестации и стали визуально маркировать акушерский и экстрагенитальный риск красным, синим и зелёным на карте наблюдения беременной, количеством полосок на титуле (три — высокий, две — средний, одна — низкий риск). Врачи делали эту работу достаточно активно и тщательно. Однако система оказалась **непоследовательной**, поскольку в большинстве ситуаций, когда женщине не показана дородовая госпитализация в отделение патоло-

гии беременных, эта информация так и оставалась в женской консультации. В обменной карте того времени не было графы, которая бы акцентировала внимание дежурного врача на выявленном риске. При этом у него самого фактически не было времени оценивать весь пул входящей информации и заново считать риски каждой пациентки в потоке поступающих тогда, на пике высокой рождаемости 1980-х годов.



Такая вполне бытовая ситуация, увы, **дискредитировала потрясающую идею** прогнозирования, и потребовалось почти 40 лет, чтобы мы, как и весь мир, пришли **к изменению парадигмы** современного здравоохранения. Если раньше профилактика считалась ведущим принципом системы советского здравоохранения, то в настоящее время на первом месте **прогнозирование**. Всё очень логично: для успешного предотвращения неблагоприятного события, как и для лечения, необходимо знать патогенез заболевания. Однако тайны большинства болезней и осложнений до сих пор не раскрыты клиницистами. Именно поэтому прогнозирование, в том числе

с использованием удобных и продуманных до мелочей таблиц шкалы перинатального риска, — стратегия, эффективность которой трудно переоценить.

Не за горами тот день, когда привычные многим электронные устройства, которыми мы пользуемся с завидной регулярностью, смогут концентрировать в одном месте информацию о различных параметрах здоровья нашего организма. **Концентрировать и анализировать** не сто параметров, которые есть в современной шкале риска, а тысячи. Это позволит врачу получать объективную информацию о состоянии пациентки в момент исследования, и, более того, программа интегрирует

эти данные в систему анамнестических факторов и позволит сформировать **медицинский прогноз**.

Звучит футуристично, но ведь когда-то нам казалось практически невозможным увидеть на практике «гиперболоид инженера Гарина» или космический аппарат, с поразительной точностью описанный в 1865 году в романе «С Земли на Луну»... Таких примеров можно привести немало, а научно-технический прогресс с колоссальной скоростью приближает нас к **реализации** самых смелых идей.



Безусловно, на пути развития технологий всё острее звучат **этические вопросы**, в частности проблема свободы личности, сохранности персональных данных. Всё это лежит за пределами здоровья человека. Надо сказать, что наиболее оптимистично настроенные философы и политики считают, что интерес к здоровью и к тому, что происходит с организмом, возобладает над проблемой сохранности «грифа секретности» на чувствах и мыслях. В конце концов, как однажды метко сказал Карл Маркс, «любовь есть очеловеченный половой инстинкт». И самая главная из всех биологических функций — это **продолжение рода**.

Сегодня на наших глазах биологи проникают в тайны человеческого тела, головного мозга, чувств, и в это же самое время при обработке получаемых данных мы убеждаемся, что человек менее всесилен, чем компьютер, интернет-технологии. Именно поэтому вопрос о том, как будет происходить дальнейшее **оздоровление**, уже сегодня позволяющее в 1,5 раза увеличить продолжительность жизни, перестаёт быть сугубо этическим, по крайней мере с точки зрения врачей. Мы наблюдаем все предпосылки к тому, чтобы ещё в нашем веке стать свидетелями формирования нового здравоохранения, медицины прогностической, высокотехнологичной, **работающей на опережение**.



На фоне весьма печальной тенденции снижения рождаемости во всём мире ещё ярче видна проблема, на первый взгляд в меньшей степени касающаяся медицины, — **социальное неравенство**.

Растёт пропасть между богатыми и бедными, и она в том числе ярко проявляется в системе оказания медицинской помощи. Безумно дорогая операция по пересадке сердца, доступная Рокфеллеру (как говорят, их у него было семь!), может стать абсолютно заоблачной высотой для среднестатистической российской семьи. Нам необходимо сегодня работать над тем, чтобы как можно быстрее, как можно дешевле суметь дать приблизительно равные права богатым и бедным, потому что победа здоровья над нездоровьем и власть над этим здоровьем становятся **фактором выживания человечества**.



Самое главное, что мы должны понять сегодня, — это принципиально **новый портрет пациентки**. Напомню лишь **некоторые «штрихи»** к этому портрету. Современная женщина, увы, всё больше отдаёт предпочтение продвижению по социально-экономической лестнице, откладывая деторождение на более поздний период и одновременно накапливая багаж экстрагенитальных и гинекологических заболеваний.

**Анемизация** оказалась страшным явлением нашего времени. Одна из причин — **эколого-репродуктивный диссонанс**. У наших прабабушек было по семеро детей, 70 менструаций за всю жизнь и 30–40 овуляций, а кормили они в своей непродолжительной жизни грудью 18–20 лет — больше кормить было нечем. Сейчас на одну женщину в среднем приходится **1,5 ребёнка**, 400 обескровливающих пациентку менструаций. Именно поэтому эксперты ВОЗ выработали консенсус, предусматривающий необходимость **каждой** женщине от 15 до 49 лет обязательно проводить ферропрофилактику 3 мес в году.

Профилактика снижения уровня гемоглобина у будущих матерей путём дотации 30–60 мг элементарного железа чрезвычайно важна: она помогает предупредить множество гестационных осложнений. Однако ситуация у **коморбидных пациенток** оказалась не такой простой, как мы её представляли.

Выяснилось, что повышенный окислительный стресс, который сопровождает, в частности, **избыточное накопление жировой ткани**, инсулино-

**[ Не за горами тот день, когда привычные многим электронные устройства, которыми мы пользуемся ежедневно, смогут концентрировать информацию о различных параметрах здоровья нашего организма. ]**

резистентность и нарушенный углеводный обмен, «обесценивает» результаты пероральной дотации железа и даже, наоборот, повышает риски осложнений. Что же делать врачу при выявлении анемии у беременной с ожирением и сахарным диабетом? Оставлять её без необходимого лечения, тем самым увеличив и без того повышенную вероятность перинатальных осложнений? Вовсе нет! Об особенностях ведения этой когорты больных и нюансах терапии — в обзоре докт. мед. наук Надежды Михайловны **Старцевой**.



**Ожирение** — ещё одна трагедия современности. В России от этого заболевания страдают 24% населения. А ведь именно оно служит предвестником смертельно опасных заболеваний, в числе которых **сахарный диабет и рак**. И единственным способом решения проблемы остаётся модификация образа жизни пациентки, нацеленная на увеличение двигательной активности и переход к системе здорового питания. Но пока во всём мире реализация этой стратегии буксует. Акушерам-гинекологам же снова остаётся уповать на систему прогнозирования, **заранее профилактируя** у таких пациенток развитие гестационного сахарного диабета.

Необходимо сказать и о том, что у **коморбидных пациенток** часто выявляют выраженные нарушения D-статуса. При этом профилактировать нехватку микронутриента, а тем более устранить его дефицит, уповая только лишь на **конверсию витамина D в коже**, невозможно. Дело вовсе не в том, что «природа дала сбой», скорее мы сами ограничили возможности её влияния. Эффектность воздействия солнечных лучей давно сведена к минимуму из-за избытка антропогенных помех (загрязнения окружающей среды, ограничения пребывания на солнце, защиты от воздействия ультрафиолетовых лучей при помощи косметических средств и одежды).

Между тем существуют неопровержимые доказательства, что коррегирование нехватки витамина D **улучшает течение** множества хронических заболеваний, в том числе повышает эффективность лечения бесплодия. Убедиться в необходимости дотации микронутриента путём назначения препаратов можно на нескольких примерах из реальной клинической практики, представленных проф. Мариной Борисовной **Хамошиной** и соавторами.



На приём к акушерам-гинекологам всё чаще приходят пациентки, чьи попытки к спонтанному наступлению беременности **безуспешны**. Причём многие из них уже прошли длинный путь из диагностических и лечебных, к сожалению, неэффективных мероприятий. Всё это находит отражение в их **психосоциальном статусе**, который важно учитывать при общении.

Если при активном поиске причин **бесплодия** на глаза специалисту попадают результаты анализа крови с **низкой концентрацией антимюллера гормона**, стоит ли говорить женщине, что вероятность наступления беременности и успешного вынашивания низка, в том числе при помощи программ ВРТ? И что важно анализировать наряду с гормональным маркером овариального резерва? Подробности — в статье «Часовая башня репродукции».



Бесплодие и неудачи ВРТ — те проблемы, с которыми акушеры-гинекологи сталкиваются всё чаще, и виной тому нередко именно **отсроченное деторождение**. Между тем у наших современниц зачастую снижена не только генеративная, но и сексуальная функция.

Что же заставляет женщину репродуктивного возраста **избегать интимных отношений**? Усталость от длительной работы, бытовая рутина, переживания

по поводу детей и отсутствие взаимопонимания с партнёром? В эти «семейные дела» врач предпочитает не вмешиваться, — по мнению многих, именно они служат основными причинами сексуальных дисфункций, находясь **вне акушерско-гинекологической компетенции**.

Любопытно, что пациентки в свою очередь, наоборот, ожидают от специалиста инициации беседы на интимную тему. И только **после наводящих вопросов** решаются обмолвиться о том, что коитус проходит болезненно в большинстве случаев или постоянно. В этой ситуации «смахнуть» всё на психологический компонент — своего рода ятрогения. За завесой **диспареунии** скрывается ряд заболеваний, диагностировать и лечить которые обязан акушер-гинеколог.

[ На фоне печальной тенденции снижения рождаемости во всём мире ещё ярче видна проблема, в меньшей степени касающаяся медицины, — социальное неравенство. Растёт пропасть между богатыми и бедными. ]

В начале диагностического пути следует определить локализацию диспареунии: **поверхностная** или **глубокая** беспокоит пациентку? Этиология болезненного коитуса разнообразна, а лечебно-диагностические подходы разительно отличаются. В связи с этим редакция SP **впервые** публикует сразу две статьи, раскрывающие проблему диспареунии с разных сторон.

Возвращаясь к психологической составляющей полового влечения, следует подчеркнуть, что стремление к интимной близости могут угнетать опасения **нежеланной беременности**. В условиях **COVID-19** многие женщины, которые нуждались в назначении надёжных средств контрацепции, столкнулись со **сложностями консультирования** по вопросам планирования семьи. В то же время и «самовольный» отказ от определённых методов предупреждения беременности также не был редким.

Вероятность венозных тромбозов на фоне комбинированной оральной контрацепции или других гормональ-

ных средств всегда была предметом **опасений** женщин, а вкупе со страхом инфицирования и возможным влиянием SARS-CoV-2 на коагуляционный потенциал крови способствует самостоятельной отмене препаратов. О том, какие факторы следует учитывать при выборе методов предупреждения нежеланной беременности и как избежать «обратной стороны» назначений, — в публикации **«Контрацепция в период пандемии»**.

Какие проблемы решает акушер-гинеколог большую часть своего рабочего времени? Как правило, связанные с эндокринной гинекологией: распространённость нарушений менструаль-

ного цикла с начала текущего столетия возросла более чем на 50%. При этом сложностей в диагностике, несмотря на небольшое количество клинических вариантов отклонений, достаточно много. Отголоски аномальных маточных кровотечений и задержки/отсутствия менструации нередко звучат даже в менопаузе — исходный уровень гормонов в репродуктивном периоде во многом определяет особенности изменений, с которыми столкнётся женщина в старшем возрасте. О том, как исправить «диссонанс» половых стероидов и восстановить гармонию в жизни пациенток, можно узнать из статьи «Эндокринность» акушерства и гинекологии в рутинной работе врача».

Мы находимся на пороге утверждения власти **Big Data**. Это огромный массив структурированной и неструктурированной информации, анализ которой позволит оптимизировать многие процессы при оказании медицинской помощи, повысив не только её **скорость**, но и **качество**.

Рискнём составить **прогноз** на ближайшие пару десятилетий. Благодаря биометрическим датчикам и алгоритмам Big Data диагностировать и лечить болезни станет возможным задолго до появления клинических признаков. Таким образом, человек должен будет всё время под контролем интернет-систем проходить программу оздоровления, и происходить это должно непременно, поскольку отказ от выполнения профилактических мер будет сопряжён с ограничением медицинской страховки на случай заболевания и даже с невозможностью получения престижной работы и т.д.

То, что происходит уже сегодня, должно обязательно **быть понятным** прежде всего врачами, которым необходимо перестроиться с того, чему их учили, на новое цифровизованное мышление. **Опыт бесценен**, однако новое время **требует изменения подходов**, доверия к искусственному интеллекту, который намного быстрее вычисляет все риски, прогнозируемые заболевания, осложнения, синдромы.

Технологии уже позволяют выполнять операции высочайшего уровня, а вот лечить до того этапа, пока можно обойтись **терапевтическими методами**, мы ещё не умеем, хотя прорыв в направлении нескольких генетически детерминированных заболеваний уже есть.

И пусть пока нет доступной методологии, позволяющей отредактировать все повреждённые фрагменты ДНК у ныне живущих и желающих того людей, излечив тем самым многие их болезни, мы обладаем не менее великой возможностью — не допустить многих таких поломок у будущих поколений. Это наше настоящее и ближайшее будущее, поэтому надо **перестраивать** и мышление, и клиническую практику на новые рельсы в соответствии с духом и реальными достижениями современности. И тогда мы **переиграем жизненный сценарий**, написанный природой. Это достижимо лишь посредством оказания высококвалифицированной помощи, невозможной без всё ещё немного футуристичной **предикции** и давно известного при этом и никогда не утрачивающего своего значения **просвещения** населения. **SP**

# Третий — лишний?

Интервью с медицинским юристом, исполнительным директором Ассоциации клиник ВРТ Валерией Анатольевной Советовой

Беседовал: Александр Васильевич Иванов,  
StatusPraesens (Москва)

О чём должно заботиться государство в первую очередь? Согласно опросу ВЦИОМ, проведённому в начале 2021 года, 83% россиян считают главной задачей укрепление «традиционных ценностей»<sup>1</sup>. Одна из главных — защита семьи, материнства, отцовства и детства: слова В.В. Путина «Пока я президент, у нас не будет «родителей один и два», у нас будут папа и мама»<sup>2</sup> были восприняты с одобрением почти всеми. Никто и не думал, что ситуацию, когда родителей больше, чем двое, предложат просто запретить.

**SP** Уважаемая Валерия Анатольевна, в течение последних 20 лет отношение государства к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ) сильно поменялось: если раньше их считали вариантом решения проблемы конкретной семьи, то теперь — инструментом для улучшения демографической ситуации в целом<sup>3</sup>.

Однако в отношении суррогатного материнства (СМ) ситуация прямо противоположная — многие «люди во власти» настроены на ограничение и даже полное запрещение его использования<sup>4-6</sup>. Как вы думаете почему?

**Валерия Анатольевна Советова (В.С.):** Руководители нашей страны действительно оценивают демографическую ситуацию как чрезвычайную<sup>7</sup>, а Росстат давно заявляет, что компенсировать естественную убыль населения можно только за счёт миграции<sup>8</sup>. В 2020 году родилось 1436,5 тыс. детей, что на 3% меньше, чем годом раньше, а умерло 2138,5 тыс.

человек, что на 18,9% больше<sup>9</sup>. Конечно, свою роль сыграла эпидемия COVID-19, однако с 2000 года количество смертей превысило число рождений на 8,8 млн. Понятно, что это вынуждает правительство рассматривать любые варианты увеличения рождаемости, в том числе и за счёт использования ВРТ.

Бесплодие (как женское, так и мужское) — распространённая проблема: по данным Минздрава РФ, она затрагивает 20% населения репродуктивного возраста<sup>10</sup>. Причин для этого много — от негативного влияния на фертильность факторов окружающей среды до ухудшения состояния здоровья людей в целом и «отложенного материнства». При этом национальный проект «Демография» предусматривает ежегодный рост суммарного коэффициента рождаемости до 1,7 на одну женщину в 2024 году<sup>11</sup>. Насколько эта цель достижима, сказать сложно: после принятия документа в 2018 году показатель снизился с 1,58 до 1,5<sup>12</sup>.

[ По закону суррогатное материнство — легальная технология лечения бесплодия, но многие считают его коммерческой сделкой: «богатые покупают ребёнка», которого выносила и родила другая женщина. ]



Валерия Анатольевна Советова,  
медицинский юрист, исполнительный  
директор саморегулируемой органи-  
зации «Ассоциация клиник вспомога-  
тельных репродуктивных технологий»

Конечно, включение ВРТ в базовую программу ОМС привело к тому, что эти достаточно дорогие технологии стали намного доступнее: если в 2007 году в России было выполнено 522 цикла экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), то в 2019 году — уже 79 566, а в «пандемийном» 2020-м — 74 563, в результате чего родилось 29 536 детей<sup>13</sup>. Немалую роль в «популяризации» ВРТ сыграли частные клиники, ориентированные на создание максимально комфортных условий для пациентов.

Вместе с тем, как вы верно заметили, отношение общества к СМ осталось, мягко говоря, неоднозначным. Если говорить о возможных причинах, я бы выделила следующие.

Во-первых, хотя СМ — абсолютно легальная технология лечения бесплодия, о чём написано в ст. 55 Федерального закона №323-ФЗ<sup>14</sup>, широко распространено мнение, что это чисто коммерческая сделка: «богатые покупают ребёнка», которого выносила и родила другая женщина. Эту версию активно тиражируют средства массовой информации, рассказывающие о вопиющих «фактах торговли»<sup>15</sup>, особенно с участием иностранных граждан.

Во-вторых, несовершенство нормативной базы нередко приводит к злоу-

потреблениям. Речь идёт не о «медицинской» составляющей (лицензионные требования<sup>16</sup>, порядок использования ВРТ<sup>17</sup> и клинические рекомендации как раз утверждены), а о правах, обязанностях и ответственности сторон договора. В результате встречаются случаи шантажа со стороны суррогатной матери: «не купите шубу — простыну, и ребёнок родится больной» или «не отдам, пока не заплатите». Бывает и наоборот: за время её беременности пара потенциальных родителей развелась и «переехала».

В-третьих, официальные представители большинства религиозных конфессий не поддерживают или прямо осуждают СМ. Так, в «Основах социальной концепции» Русской православной церкви сказано, что «вынашивание оплодотворённой яйцеклетки женщиной, которая после родов возвращает ребёнка “заказчиком”, противоестественно и морально недопустимо»<sup>18</sup>. Не приветствуют СМ (хотя и полагают его возможным «после долгих лет попыток завести ребёнка») духовные лидеры мусульман, а главный раввин России напоминает о принципиальности вопроса «кто из двух женщин является истинной матерью?»<sup>19</sup>.

**SP** Достаточно часто политики говорят, что российское законодательство о СМ — одно из самых либеральных в Европе<sup>20</sup>. Так ли это на самом деле и в чём состоит отличие?

**В.С.:** На самом деле универсального подхода нет. Есть страны, в которых СМ запрещено полностью, — это Франция, Германия, Норвегия, Австрия, Италия, Швейцария. В Канаде, Великобритании, Израиле и Австралии оно разрешено только на некоммерческой основе. В США, ЮАР, Казахстане, Белоруссии, Украине, Грузии, а также в России эта технология разрешена как безвозмездно, так и за плату.

Я бы выделила два основных подхода к государственному регулированию СМ. При «коммерческом» все отношения потенциальных родителей и суррогатной матери регулирует договор об оказании услуг СМ. При «некоммерческом» признают наличие этических проблем и возможности эксплуатации суррогатной матери, поэтому устанавливают ряд обязательных требований. В этом случае оплата услуг запрещена,

хотя можно возмещать рациональные расходы, связанные с беременностью, и компенсировать финансовые потери за этот период. Кроме того, сторонам предоставляют определённое время для обдумывания своих решений, а суррогатная мать может принимать их самостоятельно даже после заключения договора (в том числе если они противоречат его условиям). Текст договора проверяет и утверждает суд или другой специальный орган. Наконец, права родителей утверждает суд (или иной государственный орган) на основании распоряжения о степени родства с ребёнком, которое даёт суррогатная мать.

Многие эксперты считают, что наиболее детально вопрос защиты прав потенциальных родителей и ребёнка урегулирован законодательством Казахстана. Заказчица присутствует на родах, после которых может сразу забрать ребёнка; ей предоставляют оплачиваемый «декретный» отпуск, свидетельство о рождении выписывают непосредственно в родильном доме (что обеспечивает тайну рождения). Если генетические родители не хотят забирать новорождённого, то они выплачивают суррогатной матери компенсацию согласно договору, а за ребёнком сохраняются права наследования имущества заказчиков. Суррогатной матери предоставляется оплачиваемый отпуск (до родов и после них).

**SP** В «майском» указе президента РФ 2018 года была поставлена задача увеличить размеры экспорта медицинских услуг — «медицинского туризма» — как минимум в 4 раза<sup>21</sup>. Однако в июне 2021 года группа депутатов внесла на рассмотрение Государственной думы законопроект, направленный на запрет использования СМ иностранцами и лицами без гражданства<sup>22</sup>. С чем связано такое противоречие?

**В.С.:** Прежде всего я считаю такой запрет негуманным — просто потому, что СМ проводят по строгим медицинским показаниям. Речь идёт об оказании медицинской помощи, а ст. 62 Конституции РФ<sup>23</sup> гласит, что иностранцы и лица без гражданства имеют те же права и обязанности, что и россияне (за исключением случаев, установленных федеральным законом или международным договором РФ).

Напомню также, что указ президента РФ, в котором сказано о развитии **медицинского туризма**, называется «**О национальных целях и стратегических задачах развития РФ**». То есть это приоритетное направление работы, определённое руководством страны. Было бы логичнее не запрещать, а **устанавливать чёткие требования** и правила, что, безусловно, необходимо.

Кроме того, инициаторам тотального запрета было бы нелишним помнить о **браках, заключённых россиянами с иностранцами** (особенно с гражданами стран, ранее входивших в СССР). Это достаточно распространённое явление — в 2020 году только в **Москве** их было зарегистрировано **8,5 тыс.**<sup>24</sup>

**SP** Комментируя свою законодательную инициативу, депутат П.О. Толстой тоже назвал СМ «торговлей детьми»<sup>25</sup> и сказал о невозможности отследить судьбу тех, кого вывезли за границу<sup>26</sup>. При этом ст. 124 Семейного кодекса РФ<sup>27</sup> допускает, что при соблюдении ряда требований иностранцы (кроме граждан США<sup>28</sup>) могут быть усыновителями. Чем, на ваш взгляд, вызвана такая разница в подходах?

**В.С.:** На мой взгляд, высказывания депутатов Госдумы **должны быть более корректными** и по крайней мере **не противоречить действующему законодательству**, — что называется, «положение обязывает». Если кого-то не устраивает, что СМ разрешено на возмездной основе (точно так же, **как и любая другая медицинская услуга**), пусть предлагает соответствующий законопроект и обосновывает свою позицию. Если считает, что недостаточен **контроль**, — пусть предлагает конкретные инструменты, которые будут применять и для усыновлённых, и для рождённых по программе СМ.

Напомню, что сейчас дети иностранных граждан, рождённые в РФ, получают **выездную визу**<sup>29</sup>. Сотрудники органов МВД обязаны проверять **легальность выезда** и пресекать любые незаконные действия.

**SP** Новый Порядок использования ВРТ дополнил положение Федерального закона №323-ФЗ о договоре на СМ уточнением, что его заключают суррогатная мать, «генетическая мать» и «генетиче-

ский отец». Насколько допустима такая трактовка?

**В.С.:** На мой взгляд, это может быть оспорено в суде как **незаконное ограничение прав граждан** на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ. В законе сказано, что договор на СМ заключает женщина, которая будет вынашивать плод после переноса донорского эмбриона, и потенциальные родители, **чьи половые клетки** использовались для оплодотворения, либо одинокая женщина, для которых вынашивание и рождение ребёнка невозможно по медицинским показаниям.

Легко заметить, что для **одинокой женщины** требование использовать конкретные ооциты вообще **не установлено**. В отношении потенциальных родителей фраза «чьи половые клетки использовались для оплодотворения» допускает

**двойное толкование** — возможно как генетическое родство, так и приобретение донорских гамет (они будут принадлежать паре). Такой тезис требует **конкретизации**, но не в подзаконном акте, а **в самом законе**. Именно поэтому уточнения, приведённые в приказе Минздрава РФ №803н — «генетические родители» и «генетическая мать», — носят **дискриминационный характер**.

**SP** Одинокие мужчины уже сегодня «поражены в правах»: они не могут заключать договоры на услугу СМ, что вызывает критику юристов, специализирующихся на вопросах ВРТ<sup>30</sup>. Новый законопроект предусматривает аналогичный запрет для пар, не состоящих в зарегистрированном браке. Насколько это соответствует российскому законодательству в целом, если ст. 72 Конституции РФ говорит не только о защите института



© contrastwerkstatt — stock.adobe.com

[ Тезис Порядка использования ВРТ о том, что договор с суррогатной матерью могут заключать исключительно генетические родители, не соответствует формулировкам в Федеральном законе №323-ФЗ. Положение допускает двойное толкование. ]

[ Право на продолжение рода — неотъемлемое право любого человека, и оказание медицинской помощи с использованием конкретной ВРТ не может зависеть от того, «узаконила» пара свои отношения или нет. ]

брака [как союза мужчины и женщины], но и о защите материнства и отцовства?

**В.С.:** Я считаю, что и уже принятый запрет на участие в программе СМ для одиноких мужчин, и предлагаемое условие о зарегистрированном браке **противоречат общим принципам** российского законодательства. Согласно ст. 19 Конституции РФ, мужчина и женщина имеют **равные права** и равные возможности для их реализации, а ст. 72 говорит о **защите отцовства как отдельной гарантии**, такой же как и защита брака. В ст. 1 Семейного кодекса<sup>27</sup> указано на **добровольность брачного союза**.

Право на продолжение рода — **неотъемлемое право** любого человека, а СМ — один из законных способов его реализации. Оказание **медицинской помощи** с использованием конкретной ВРТ не может зависеть от того, «узаконила» пара свои отношения или нет. Произвольный **отход от принципа равенства** граждан представляет собой **недопустимую дискриминацию**.

**SP** Насколько целесообразно, на ваш взгляд, создание регистров выполненных ВРТ (если подобный регистр уже ведёт Российская ассоциация репродукции человека, РАРЧ)<sup>31</sup>, суррогатных матерей и доноров гамет? Какие риски можно снизить с их помощью?

**В.С.:** Создание регистров способствует **повышению достоверности** статистических данных. При оценке применения ВРТ используют **множество показателей**: количество медицинских организаций, оказывающих соответствующие услуги; число циклов ВРТ (общее и в расчёте на 1 млн населения); частоту наступления беременности в расчёте на пункцию и на перенос эмбрионов; число родов и долю детей, рождённых в результате ВРТ, и т.д. РАРЧ собирает эти сведения и публикует их в **отчётах регистра ВРТ** (по форме Европейского консорциума по IVF-мониторингу) и в журнале «Проблемы

репродукции». В то же время клиники предоставляют данные для включения в регистр РАРЧ **исключительно на добровольной основе**, поэтому общую картину **нельзя считать исчерпывающей**.

Думаю, что создание **реестров суррогатных матерей и доноров** гамет тоже было бы полезным. Это даст возможность вести **учёт медицинских и иных сведений** (например, о добросовестности исполнения договорных обязательств, о количестве сданного одним человеком биоматериала), что позволит избежать и медицинских, и юридических проблем в будущем.

**SP** Как вы относитесь к предложениям запретить любую посредническую деятельность и рекламу услуг в сфере СМ? Почему нельзя ввести лицензирование таких агентств?

**В.С.:** По закону **договор СМ** заключают потенциальные родители и суррогатная мать; кроме того, у них есть **отдельные договорные отношения с клиникой**. Очевидно, что **выбор** медицинской организации и кандидата для вынашивания беременности, правильное оформление и **юридическое сопровождение** договоров, а также досудебное урегулирование споров требуют определённых профессиональных компетенций. Это вопрос не столько сервиса, сколько **«правовой безопасности»**.

Мотивы депутатов понятны, они хотят **предотвратить мошенничество** со стороны как недобросовестных посредников, так и клиник. Однако если мы **просто запретим** деятельность агентств, то не только **не решим эту проблему**, но и создадим множество других. Я обеими руками **«за» лицензирование** — это цивилизованный способ контроля, который позволит сделать данный рынок **«прозрачным»**.

**SP** Какую позицию в отношении предлагаемых изменений занимает профессиональное сообщество?

**В.С.:** Сложившаяся ситуация связана с **несовершенством законодательства** в области СМ: нечётко определена природа правоотношений всех участников процесса, не установлены требования к договору, недостаточен контроль качества оказываемых медицинских услуг. Всё это неизбежно приводит к различным нарушениям. Однако профессиональное сообщество считает, что, решая эти проблемы, нельзя «с водой выплескивать ребёнка». Нужно **устранять пробелы** в правовом регулировании, устанавливать чёткие правила игры, а **не запрещать технологию**, работающую во всём мире.

Вводимые **ограничения должны быть целесообразны** и хорошо продуманы. Например, нет никакого смысла запрещать работать по программам СМ частным клиникам — **монополизация всегда приводит к снижению качества услуг**. Замечу также, что любые вопросы, касающиеся медицинской помощи, необходимо **прорабатывать с участием тех, кто её оказывает**, — представителей профессионального сообщества.

**SP** Разделяете ли вы мнение некоторых экспертов, что СМ стоит вообще вынести за рамки ВРТ, разделив его на процедуру ЭКО и юридическое оформление родительства?

**В.С.:** Полагаю, что такой вариант **может быть проработан** — по крайней мере он позволит чётко отграничить **зону ответственности** клиник и врачей. Как мы знаем, сегодня **претензии правоохранителей** к специалистам, занимающимся СМ, касаются отнюдь **не качества оказанных медицинских услуг**<sup>32</sup>.

Вместе с тем надо учитывать, что Семейный кодекс устанавливает весьма **жёсткие требования к усыновителям**: по состоянию здоровья и дееспособности, наличию жилья и отсутствию судимости по определённым статьям Уголовного кодекса, уровню доходов и т.д. Сама по себе **процедура усыновления** достаточно долгая и непростая — **решение принимает суд**, а специфические особенности СМ могут усложнить её ещё больше. Именно поэтому, повторяю, всё должно быть очень хорошо продумано. **SP**

# оркестру нужен дирижёр...\*

«Эндокринность» акушерства и гинекологии в рутинной работе врача



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

По оценкам экспертов, до 70% работы акушера-гинеколога ассоциировано с теми или иными аспектами **эндокринной гинекологии** — поистине безграничной области знания, охватывающей жизнь женщины **от детства до менопаузы**. Не случайно субспециальность «гинеколог-эндокринолог» перестала **существовать** — каждый специалист должен знать механизмы гормональной регуляции репродуктивной системы, влияющей на все без исключения функции и системы женского организма.

**Любое** гинекологическое заболевание (в некоторых случаях — даже вагиниты и вагинозы!) так или иначе связано с функционированием (или дисфункцией) гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси. **С гормонами**. Всё, что необходимо знать врачу первой четверти XXI века о **гормонально** ассоциированных заболеваниях женской репродуктивной системы, мы подробно представили в книге «Очерки эндокринной гинекологии». Однако тема настолько обширна и востребована, что заставляет нас вновь и вновь возвращаться к ней.

Итак, гормоны повсюду. Они наши друзья, враги и... инструменты работы.

**И**дёт ли речь об амбулаторном приёме, функционировании дневного стационара или работе больничных отделений акушерско-гинекологического профиля — женщины с нарушениями количества и/или соотношения **половых стероидов** присутствуют на всех уровнях оказания медицинской помощи. Акне, рак тела матки, бесплодие, остеопороз, сердечно-сосудистые катастрофы, депрессия, снижение когнитивных функций — везде можно найти очевидный «гормональный след», часто — в качестве первопричины. И именно нам, акушерам-гинекологам, во всём этом нужно очень хорошо разбираться.

Менструация — самый **яркий признак** нормального функционирования и зрелости женской репродуктивной системы. При этом **не всегда** регулярный

менструальный цикл свидетельствует об отсутствии болезни, однако любые его нарушения — **всегда** симптом неблагополучия. Клинических вариантов отклонений **всего два**: кровотечение и задержка/отсутствие менструации. Казалось бы, так просто, но сколько загадок и тайн скрывает в себе любое из этих нарушений!

## АМК как вызов профессионализму

Почти весь спектр эндокринной гинекологии можно «высветить» через призму **аномальных маточных кровотечений** (АМК). Это одна из наиболее частых жалоб пациенток акушерско-гинеко-

\* Маркс К. Капитал. Критика политической экономии // Т. 1. Кн. 1. М.: Госполитиздат, 1955. С. 337.

логического профиля всех возрастов. АМК пубертатного периода, репродуктивного возраста и в постменопаузе имеют **свои особенности**, и к каждой женщине необходим индивидуальный подход, который нельзя обеспечить без тщательного учёта возможных **гормональных факторов**, часто стоящих и за структурными нарушениями.

Значимость АМК для пациенток, медицины и общества в целом огромна: в 2018 году в России частота впервые выявленных расстройств менструации составила 1556,7 на 100 тыс. женщин в возрасте 18–49 лет. Это **более полу-миллиона новых пациенток** каждый год!<sup>1</sup>

Более того, можно не сомневаться, что и эти пугающие цифры не отражают весь «масштаб бедствия». Исследования **распространённости АМК** в популяции немногочисленны, но по итогам самого крупного систематического обзора профильных работ (2007) мировые эксперты заключили, что АМК диагностируют у **10–30%** женщин репродуктивного возраста, и далеко не все они обращаются к врачам<sup>2</sup>.

Почему пациентки с АМК не получают необходимую помощь? По итогам систематического обзора, выполненного специалистами из Новой Зеландии и Самоа (2020), причины, по которым

женщины не обращаются к врачу, можно разделить на три группы<sup>10</sup>.

- Недостаточная медицинская грамотность, включая неосведомлённость о том, что такое нормальный менструальный цикл, и отсутствие доступной медицинской информации.
- Табуирование и нормализация симптомов.
- Недоверие к медицинским работникам, в том числе обусловленное неприятным опытом общения.

Частично последнее обстоятельство отражает общемировой упадок модели медицинского патернализма, но нельзя не отметить, что российские женщины действительно **годами не посещают** акушера-гинеколога. В нашей стране пациентка с АМК зачастую обращается за медицинской помощью уже с выраженными симптомами **железодефицитной анемии** — печального следствия избыточной кровопотери<sup>11</sup>.

Кроме того, эксперты признают, что акушеры-гинекологи часто пренебрегают медико-социальными последствиями АМК, и в первую очередь их влиянием на **качество жизни** пациенток<sup>12</sup>.

Обследование пациенток с АМК преследует **две главные цели**.

- Исключить два крайне неприятных патологических состояния — злокачественное новообразование или сложную атипичную гиперплазию эндометрия.
- Установить причину АМК и назначить соответствующее лечение.

SP уже неоднократно описывал практические аспекты использования удобной этиологической классификации АМК<sup>13,14</sup>, получившей мнемоническое название **PALM-COEIN** (от англ. palm — «ладонь» и «coin» — монета). Тем не менее её разработчики подчёркивают, что даже «лежащая на ладони» плюсткань — Polyp (полип), Adenomyosis (аденомиоз), Leiomyoma (миома) или Malignancy/hyperplasia (злокачественный процесс или гиперплазия) — может не быть непосредственной причиной геморрагий. Поиск возможных «неструктурных» патологических состояний — Coagulopathy (коагулопатия), Ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция), Endometrial (эндометриальный фактор), Iatrogenic (ятрогенный фактор) и Not yet classified (неуточнённое АМК) — актуален и в этой ситуации<sup>15</sup>.

## Эстрогенов нет — эндометриоз есть

На заре изучения и лечения **эндометриоза**, в 1920–1950-х годах, акушеры-гинекологи придерживались принципа **«Нет эстрогенов — нет проблемы»**. До рутинного исследования гормонов, внедрения ультразвуковой диагностики и лапароскопии в целях устранения воздействия эстрогенов на очаги заболевания использовали такие радикальные подходы, как гонадэктомия и даже **«рентгеновская менопауза»** — облучение яичников... Отдельные описания случаев эндометриоза после менопаузы, когда избыточное влияние эстрогенов было уже маловероятным, не вызвали большого интереса.

В 1960 году американский врач Роджер Кемперс (Roger Kempers) и его коллеги из знаменитой клиники Мейо (Mayo Clinic) описали серию из **136 клинических случаев** эндометриоза в постменопаузе — после этого игнорировать проблему стало невозможным<sup>3</sup>. Сейчас все исследователи признают, что персистенция эндометриодных очагов и симптомов заболевания возможно и после выхода пациентки из репродуктивного возраста. По некоторым оценкам, распространённость эндометриоза в этой популяции женщин достигает **2–5%**<sup>4</sup>.

Каковы же особенности **постменопаузального** эндометриоза?<sup>5,6</sup>

- Развивается в условиях эстрогендефицита.
- Склонен к внегонадной диссеминации.
- Очаги сдавливают соседние органы и ткани.
- Бóльшая предрасположенность к злокачественной трансформации.
- Хирургический метод — основа лечебной стратегии.

Описаны случаи **злокачественной трансформации** очагов эндометриодной ткани не только в яичниках, но и в кишечнике и даже в лёгких. Риск овариального рака при постменопаузальном эндометриозе достигает **2–3%**<sup>7</sup>.

Более того, описан и постменопаузальный эндометриоз, возникающий *de novo*<sup>8</sup>. Ему присущи выраженная симптоматика и клиническое прогрессирующее в отсутствие повышения системных уровней эстрогенов (или их экзогенного введения). В большинстве случаев он развивается через 10 лет после менопаузы и более.

В качестве возможных механизмов развития постменопаузального эндометриоза рассматривают нарушения на **генетическом и/или эпигенетическом уровне**, сопряжённые либо с повышением **чувствительности** к женским половым гормонам, либо с **локальной** продукцией последних. Патологический процесс может и не зависеть от эстрогенов. Итак, в рамках «болезни-загадки» найдена ещё одна... **тайна**<sup>9</sup>.

Обследование пациенток с АМК в первую очередь учитывает требования **онконастороженности**. К счастью, лишь небольшая часть АМК обусловлена онкопроцессами в теле матки — даже в постменопаузе всего у 3–13% женщин с АМК диагностируют рак эндометрия<sup>16</sup>. При этом более 90% его эпизодов в этой возрастной группе манифестируют АМК<sup>17</sup>. К сожалению, самый распространённый в мире подход к исключению рака тела матки при АМК — «слепая» биопсия (раздельное диагностическое выскабливание без гистероскопии) — часто не позволяет выявить злокачественное новообразование. Отметим, что в последние годы всё большую значимость в дифференциальной диагностике причин АМК приобретает **офисная гистероскопия**<sup>18</sup>.

## Материализация гормональных беспорядков

АМК — нередкая жалоба женщин **репродуктивного возраста**. Причин много: это и возможное осложнение гормональной контрацепции, и следствие миомы матки, полипов или гиперплазии эндометрия. Рак тела матки у этой когорты пациенток возникает очень редко, но принципами онконастороженности нельзя пренебрегать и у них.

Даже если АМК обусловлено органическими причинами из группы PALM, за тем или иным структурным нарушением почти всегда стоят годы невидимых **гормональных «беспорядков»**. Связь гиперпластических процессов эндометрия с патологическим преобладанием эстрогенных воздействий уже стала **аксиомой**, однако гормональные «штормы» ответственны и за другие пролиферативные заболевания<sup>19</sup>. Изменения концентраций (в том числе локальных) половых стероидов наряду с колебаниями экспрессии рецепторов

[ Клинических вариантов нарушений менструального цикла всего два: кровотечение и задержка/отсутствие менструации. Казалось бы, так просто, но сколько загадок и тайн скрывает в себе любое из этих нарушений! ]

к ним служат патофизиологической базой для **эндометриоза** и **миомы матки**. Это справедливо и в отношении доброкачественных заболеваний **молочной железы**<sup>20</sup>, «подведомственных» российским акушерам-гинекологам после упразднения специальности «маммология».

При всей неясности патогенеза **эндометриоз** можно с полным правом рассматривать как **гормонозависимое заболевание**. Нарушения сигнальных путей эстрогенов наряду с резистентностью к прогестерону играют важную роль при этом патологическом состоянии<sup>21</sup>. С ним часто ассоциирован синдром **хронической тазовой боли** — недооцениваемый в течение длительного времени фактор снижения качества жизни женщин репродуктивного возраста<sup>22</sup>.

## Гормональный квест аменореи

Противоположное по клинике, но похожее по внутренней сути проявление гормонального дисбаланса (а именно дефицит прогестерона!) — **аменорея**. В рутинной практике акушер-гинеколог может никогда не встретить первичную аменорею, но распространённость вторичной действительно широка. При всей **изумительной простоте диагностики** даже эти пациентки долгое время могут оставаться без должного врачебного внимания. Сами женщины сначала пугаются, уж не беременны ли, но, сделав тест, успокаиваются. Бывает... И не обращаются за помощью.

Причин вторичной аменореи множество, но самая частая — **овуляторная дис-**

**функция**. Особое значение она приобретает у пациенток старше 40 лет и вплоть до менопаузы вследствие постепенного истощения яичников. Ановуляция — пусковой механизм **нарушений менструального цикла**, влекущих за собой множество последствий. И это не только эндокринное бесплодие, но и снижение качества жизни, финансовые и временные затраты. Косвенный эффект — заметные экономические потери, обусловленные снижением трудоспособности женщин репродуктивного периода.

Важнейшая причина ановуляции — **самое частое** гинекологическое эндокринное заболевание: синдром поликистоза яичников (СПКЯ). СПКЯ — диагноз исключения, выявление которого основано на сочетании гиперандрогении, овуляторной дисфункции и/или поликистозной трансформации яичников<sup>23</sup>. Преодоление ассоциированных с этим синдромом клинических проявлений осложнено неясностью его патогенеза.

Большинство исследований молекулярных механизмов СПКЯ носят доклинический характер<sup>24</sup>, но опубликованные в 2019 году результаты французского клинического исследования представляют несомненный практический интерес<sup>25</sup>. Уровни антимюллера гормона (АМГ), тестостерона и андростендиона были ожидаемо выше у женщин с СПКЯ и доношенной гестацией по сравнению с контрольной группой здоровых беременных, однако при этом показатели эстрадиола и прогестерона практически не различались. Более того, концентрации АМГ и андрогенов были **самыми высокими**, если пациентка с СПКЯ вынашивала **плод женского пола**...

Как именно осуществляется передача присущих СПКЯ характеристик из поколения в поколение? Возможно, **гиперандрогения** при СПКЯ — не только симптом, но и механизм передачи этого заболевания «по наследству» от матери к дочери<sup>26</sup>. Предполагают также, что важная роль в этом принадлежит **эпигенетическим механизмам**<sup>27</sup>. Влияют ли на

[ Менструация — признак нормального функционирования и зрелости женской репродуктивной системы. Не всегда регулярный цикл — отсутствие болезни, но любые нарушения — всегда симптом неблагополучия. ]



© ginosphotos / Essentials/Stock

аномалии метилирования генома повышение уровня АМГ, гиперандрогения или комбинация этих эндокринных отклонений? Поиск ответа на этот вопрос — задача будущих исследований.

Все вышеперечисленные нарушения менструальной функции могут привести к бесплодию и невынашиванию — значимость гормональных факторов при этих состояниях хорошо известна. Недостаточность лютеиновой фазы, истинная (а не надуманная!) угроза выкидыша с наличием ретрохориальной гематомы, привычная потеря беременности — во всех этих ситуациях нужна экзогенная дотация гестагенов<sup>28–30</sup>.

Ещё одна прямо ассоциированная с эндокринной гинекологией область — гормонозависимые расстройства настроения, включая такие серьёзные состояния, как предменструальное дисфорическое расстройство, послеродовая и перименопаузальная депрессии<sup>31</sup>. С учётом вышеизложенного можно не сомневаться — большая часть работы акушера-гинеколога прямо или косвенно сопряжена с гормональными проблемами.

## Гормональный эпицентр постменопаузы

«Гормональный фон» работы акушера-гинеколога особенно выпукло проступает в период постменопаузы. Именно «гормональная неплатёжеспособность» — единственная причина менопаузы и всего последующего разрушительного каскада возрастных изменений. И раз причина — в дефиците гормонов, именно их и нужно восполнять. Ведь если в доме отключили электричество, надо обеспечить альтернативную подачу электроэнергии, а уговаривать жильцов, что со свечкой им «физиологичнее», не стоит. Симптоматическая терапия без развёрнутой менопаузальной гормональной терапии (МГТ) — та же свечка вместо восстановления электрического освещения.

Итак, гормональные критерии перехода репродуктивной системы к стадии постменопаузы включают<sup>22</sup>:

- низкий уровень эстрадиола (менее 30 нг/мл);

- индекс лютеинизирующий/фолликулостимулирующий (ЛГ/ФСГ) менее 1,0 (в течение первого года после менопаузы содержание ФСГ в плазме периферической крови возрастает в 13 раз, ЛГ — приблизительно в 3 раза);
- высокую концентрацию ФСГ;
- индекс эстрадиол/эстрон менее 1;
- уменьшение содержания глобулина, связывающего половые стероиды;
- низкий уровень ингибина (особенно ингибина В).

В условиях гормональной перестройки все эндокринные нарушения репродуктивного возраста могут стать «минами замедленного действия», причиняя вред здоровью женщин на этапе менопаузального перехода и в течение всей постменопаузы.

Изменения, с которыми столкнётся женщина в старшем возрасте, во многом зависят от исходного уровня гормонов. У части пациенток в пери- и постменопаузе наблюдают полигландулярную недостаточность и дефицит всех трёх стероидов: прогестерона (именно его продукция снижается в первую очередь), эстрогенов, андрогенов. У этой группы мы диагностируем выраженные эмоциональные нарушения, дисфорию, ангедонию.

У значительного количества женщин в постменопаузе на фоне дефицита эстрогенов и прогестерона развивается относительная гиперандрогения. Это может привести к алопеции или гирсутизму. Если же пациентка страдала от избытка мужских гормонов в течение всей жизни, вероятность таких признаков вирилизации, как облысение по мужскому типу, огрубение голоса и/или клиторомегалия, становится значимо выше.

Ожирение, наблюдаемое у пациенток с наступлением менопаузы, физиологично. Накопление жировой ткани эволюционно продумано! Именно в ней происходит периферическая конверсия и ароматизация андрогенов для частичного восполнения дефицита эстрогенов. Однако ассоциированная с ожирением выработка эстрогенов в постменопаузе может сама по себе привести к гиперплазии эндометрия и АМК, а в худшем случае — к раку тела матки. Двойственное (и стимулирующее, и ингибирующее) влияние «остаточных» концентраций гестагенов на рост миоматозных узлов в постменопаузе — ещё одна недостаточно изученная область.

Любопытно, что, по данным японских специалистов, и в этой ситуации особая роль принадлежит жировым клеткам — у пожилых пациенток часто наблюдают липомиомы<sup>32</sup>.

## Гормональная локальность...

Самая типичная жалоба пери- и постменопаузы — приливы. Они далеко не безобидны, но со временем могут пройти самостоятельно у большинства пациенток. К сожалению, остальные симптомы угасания репродуктивной функции со временем только прогрессируют. На «локальном уровне» это прежде всего генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС), от которого страдают до 50–60% женщин.

Сухость, зуд и жжение во влагалище, дисталгия, расстройства уродинамики, рецидивирующие урогенитальные инфекции, сексуальная дисфункция — клинические проявления ГУМС традиционно относят к средневременным и поздним менопаузальным симптомам, но в последние годы их всё чаще диагностируют у женщин в перименопаузе<sup>22</sup>. При-

чины этих нарушений опять-таки лежат в сфере эндокринной гинекологии — за них «ответственны» в первую очередь гипэстрогения и дефицит андрогенов<sup>33</sup>. Ещё одна грань проблемы — изменения в составе микрофлоры влагалища и аномалии местного иммунного ответа<sup>34</sup>, которые также гормонозависимы.

Следует признать, что ведение пациенток с ГУМС далеко от оптимального — патогенетически обоснованную терапию получают не более четверти из них<sup>35</sup>. Пациентки не предъявляют жалоб, считая, что субъективный дискомфорт — возрастная «норма», а акушеры-гинекологи не всегда уделяют внимание объективным признакам ГУМС, включая «молчаливую атрофию»<sup>36</sup>. Основа лечения ГУМС — местное использование эстрогенсодержащих препаратов, назначать которые можно как в качестве самостоятельной терапии, так и в дополнение к системной МГТ.

## ...и мультисистемность

Ассоциированный с менопаузой кризис в секреции половых стероидов влияет не только на органы-мишени, но и на весь организм женщины. Полигландулярная

## Неудачная «спасательная операция»

Почти все эндокринные нарушения постменопаузы ассоциированы с возрастным падением концентраций эстрогенов и гестагенов. На этом фоне компенсаторные усилия гипофиза, стремящегося с помощью гиперпродукции гонадотропинов — ФСГ и ЛГ — сохранить баланс половых стероидов, «подхлестнув» угасающую яичниковую функцию, почему-то обычно не интересуют специалистов.

Тем не менее рост концентраций ФСГ и ЛГ вовсе не безопасен — локальное гипергонаготропное воздействие повышает риск рака яичников<sup>37</sup>. Эксперты предполагают, что чрезмерные уровни ФСГ и ЛГ не индуцируют пролиферацию клеток, но способствуют миграции и инвазии за счёт усиления эпителиально-мезенхимального перехода и экспрессии матриксных металлопротеиназ<sup>38</sup>. В качестве возможного объяснения этого неблагоприятного эффекта предложена активация гонадотропинами сигнального пути циклооксигеназы-2.

[ Гормональный дисбаланс может привести к бесплодию, невынашиванию, привычной потере беременности — из-за недостаточности лютеиновой фазы, угрозы выкидыша с наличием ретрохориальной гематомы. ]

## Эуэстрогенемия: новая концепция

Российские клинические рекомендации и алгоритмы (2021) разработаны с учётом предложенной в начале XXI века американскими экспертами Ирвином Кербером (Irwin J. Kerber) и Ральфом Тёрнером (Ralph J. Turner) концепции **эуэстрогенемии**<sup>39</sup>. Учёных подтолкнули к её теоретическому оформлению обескураживающие результаты исследования в рамках «Инициативы во имя здоровья женщин» (Women's health initiative, WHI) — опубликованные в 2002 году первые итоги WHI продемонстрировали рост риска сердечно-сосудистых заболеваний при использовании МГТ. Как стало понятно позже, негативные выводы WHI были связаны с тем, что почти 70% участниц исследования были в возрасте 60–80 лет.

**Репродуктивное старение** или преждевременная овариальная недостаточность вводят женщину в **гипоэстрогенное состояние**. Однако если МГТ в **раннюю** постменопаузу способна восстановить функционирование эстрогенных рецепторов во множестве органов и систем, гомеостатически «омолодив» свою пользовательницу, то попытки «реэстрогенизировать» организм после **длительного перерыва**, столь частые в рамках WHI, будут безуспешными. Пациентка уже вступила в так называемую **герипаузу**, когда рецепторы уже не ответят на попытки стимуляции — МГТ станет бесполезна или даже опасна<sup>40</sup>.

Концепция эуэстрогенемии подчёркивает важность соответствия физиологических уровней эстрогенов и оптимальной функции эстрогеновых рецепторов, а следовательно, и работы **тысяч сигнальных путей**, зависящих от «женских гормонов». С учётом риска герипаузы, момент наступления которой может быть индивидуальным для каждого органа или системы, нельзя недооценить важность **своевременного назначения** эстрогенсодержащих препаратов. Только при использовании средств МГТ в период «окна терапевтических возможностей» они реально позволят снизить риск заболеваний, сопряжённых с возрастными нарушениями гормонального гомеостаза.

[ «Гормональная неплатёжеспособность» — единственная причина менопаузы и последующего разрушительного каскада возрастных изменений. И раз причина — в дефиците гормонов, именно их и нужно восполнять. ]

## Линейный подход

Своевременное **выявление потребности** женщины в МГТ и правильно организованный переход от комбинированной гормональной контрацепции к циклическому, а затем и к непрерывному режиму МГТ — ещё один **важный практический аспект**. В рутинной работе удобно использовать линейки препаратов. Врач может выбрать **дозы** компонентов, необходимые конкретной пациентке на данном этапе репродуктивного старения. Кроме того, узнаваемость бренда повышает приверженность терапии.

Например, на российском рынке представлена линейка «Фемостон» («1», «2», «Кonti» и «Мини»). Первые три из вышеперечисленных средств также зарегистрированы в Российской Федерации для **профилактики постменопаузального остеопороза** (при непереносимости или противопоказаниях к назначению иных медикаментов). Комбинация эстрадиола и дидрогестерона перспективна и действенна в коррекции менопаузальных нарушений, метаболически нейтральна, хорошо переносится пациентками, а различные дозировки удовлетворяют все возможные потребности женщин в МГТ.

**недостаточность**, расстройства обмена веществ, избыточное накопление жировой ткани, местное и системное воспаление — пациентки зрелого возраста собирают всю коллекцию диагнозов<sup>22</sup>.

«...Женскому сердцу нужны **женские гормоны**» — утрата «эстрогенового щита» сердечно-сосудистой системы, пертурбации липидного профиля и параметров неминуемо ведут к рискам **кардиоваскулярных заболеваний**<sup>41,42</sup>. Опасность особенно высока при развитии **менопаузального метаболического синдрома**<sup>43,44</sup>. Этому состоянию присущи быстрая прибавка массы тела за короткий промежуток времени (6–8 мес) с ожирением по абдоминальному типу, инсулинорезистентность и артериальная гипертензия.

«Эндокринное потрясение» пери- и постменопаузы этим не ограничено. Нарушение толерантности к глюкозе и **сахарный диабет 2-го типа**, дислипидемия, первичный остеопороз требуют междисциплинарного ведения, однако именно акушер-гинеколог обязан лично разбираться в современных подходах к лечению таких пациенток<sup>45–47</sup>. Рост средней продолжительности жизни женщин приведёт к тому, что в дальнейшем всё большую долю его рабочего времени будет занимать **эндокринная гинекология постменопаузы**.

Действительно, все вышеперечисленные состояния — прямое или косвенное следствие **нарушения баланса** эстрогенов, прогестерона и/или андрогенов в период менопаузального перехода и постменопаузы. Именно поэтому акушеру-гинекологу необходимо без гнева и пристрастия (и, конечно, **без гормонофобии!**) тщательно изучить современные возможности МГТ в рамках 10-летнего «окна терапевтических возможностей».

Для выбора оптимального типа, дозы, состава, пути введения и длительности МГТ необходимо знать актуальные подходы к максимизации преимуществ гормональной терапии, основанные на результатах рандомизированных клинических исследований и метаанализов с адекватным дизайном. Индивидуальный подход к каждой пациентке должен быть направлен на **облегчение симптомов, обеспечение комплаентности** и удовлетворённости женщины — и **сведение к минимуму рисков МГТ**<sup>48</sup>.

Нельзя недооценивать и важность **терапевтической модификации образа жизни** в когорте постменопаузальных пациенток. Алиментарные нарушения, курение, низкая физическая активность усугубляют течение заболеваний и сводят «на нет» все успехи любой прогрессивной схемы терапии.

## Гормональный дефицит врачебных назначений

Общие положения, регламентирующие назначение МГТ в Российской Федерации, сформулированы в профильных **клинических рекомендациях «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» (2021)**. Тем не менее использование этого прогрессивного фармакологического подхода у пациенток с менопаузальным синдромом остаётся **относительно мало распространённым** — гормонофобия находит гораздо более широкое признание.

Чуть ранее выхода новых клинических рекомендаций по менопаузе российские эксперты, представляющие четыре научных общества (Российское общество акушеров-гинекологов, Российская ассоциация по менопаузе, Ассоциация гинекологов-эндокринологов, и Российская ассоциация по остеопорозу), разработали и опубликовали **практически ориентированные** «Алгоритмы применения менопаузальной гормональной терапии у женщин в период перименопаузы»<sup>49</sup>.

Оба документа описывают **принципы подбора доз МГТ** на старте терапии и при дальнейшем ведении женщин, борьбы с АМК при использовании МГТ, а также перевода пациенток с комбинированных оральных контрацептивов на МГТ. Возможно, их внедрение в повседневную клиническую практику позволит переломить ситуацию, когда МГТ принимают лишь **1,3%** россиянок в возрасте от 45 до 69 лет, — по оценкам экспертов, это минимум в 5 раз ниже реальной потребности российского населения.

**Своевременность** назначения МГТ, внимательное **наблюдение** за состоянием здоровья и регулярная **оценка качества жизни** женщин в постменопаузе — усло-



© Zhenka-Boss / Esentials/istock

вие, абсолютно необходимые для успеха МГТ. Новые клинические рекомендации подчёркивают: **возраст 60 лет** и длительность **постменопаузы 10 лет** оптимальны для начала лечения.

В 2020 году российские исследователи подсчитали возможные перспективы расширения МГТ в российской популяции — **каждые 566 назначений МГТ** женщинам в возрасте 50–59 лет позволяют **предотвратить одну смерть** в этой возрастной когорте. Если все нуждающиеся в МГТ пациентки будут получать терапию, общее число дней нетрудоспособности снизится на **3,5 млн** в год<sup>50</sup>. Медико-демографические, социальные и экономические потери, сопряжённые с менопаузальным синдромом, огромны.



Гормонофобия пациенток и специалистов понемногу **отступает**. Если женщина и её врач с помощью **гормональных** лекарственных средств добились устранения АМК или облегчения мучительного дискомфорта при **эндометриозе**, если они преодолели бесплодие (со **стимуля-**

**цией овуляции** кломифеном или ВРТ), то достоинства МГТ будут совершенно очевидны.

Именно поэтому с наступлением зрелого возраста такие женщины будут **открыты к использованию МГТ** для борьбы с разрушительной силой **менопаузального синдрома**: шок первых результатов WHI, потрясших специалистов, а с помощью СМИ — и пациенток, уходит в прошлое. При этом борьба за приемлемость МГТ ни в коем случае не должна имитировать слепой «гормональный оптимизм» 1940–1970-х годов. При выборе лечебных подходов в постменопаузе крайне важны **партисипативность, междисциплинарный подход** и непрерывное **совершенствование знаний** врачей акушеров-гинекологов, которые раз и навсегда осознали гормональную природу **всех** процессов в репродуктивной системе — и физиологических, и патологических, а главное, научились управлять гормональным дисбалансом — гормональными же инструментами. **SP**

Библиографию см. на с. 118–126.

# ВТОРОЙ ШАНС

Рубец на матке: новые критерии отбора на естественные роды  
с рубцом на матке



**Авторы:** Лилия Лазаревна **Алексеева**, докт. мед. наук, доц., зам. главного врача по лечебной работе Республиканского перинатального центра Министерства здравоохранения Республики Бурятия; Людмила Сергеевна **Намжилова**, зав. родовым отделением того же центра; Юрика Вячеславовна **Ли-Ван-Хай**, зав. акушерским отделением того же центра (Улан-Удэ)

**Копирайтинг:** Юлия Бриль, Мила Мартынова

Согласно одной из легенд, Аврелия, мать Цезаря, умерла в родах, а маленького Гая Юлия **извлекли живым** из её бездыханного тела. Став римским диктатором, Гай Юлий Цезарь принял закон, обязывающий делать **разрез на животе** погибшей в родах женщине в попытке **спасти жизнь её ребёнка**. Печальная история о родах Аврелии и тайне рождения великого понтифика — скорее недоразумение или миф: есть сведения, что римская матрона дожила до почтенного возраста и успела сыграть важную роль в судьбе сына, уже ставшего государственным деятелем.

Долгое время кесарево сечение (КС) **означало смертный приговор для матери** и надежду на жизнь ребёнка. Немыслимый с точки зрения морали выбор веками лежал тяжким бременем на плечах хирургов, владеющих знанием о «кесарской операции». В XIX веке научный **прогресс разрешил эту сложную дилемму** — сначала в единичных случаях, затем всё чаще и чаще женщины не просто выживали, но и сохраняли здоровье. Кратно числу удачных исходов росло количество её сторонников в рядах врачей. Появилась новая заманчивая дорога, выложенная благими намерениями...

**О**правдать рост кесаревых сечений может только стремление достичь двух целей одновременно — **снизить перинатальную смертность без увеличения материнской**. В предшествующие десятилетия мы действительно наблюдали почти идеальную **корреляцию** между ростом доли КС и снижением материнской смертности: например, с 2000 по 2019 год последний показатель сократился почти в 4,5 раза — с 39,7 до девяти на 100 тыс. родившихся живыми. Однако рано или поздно наступает предел, после которого риски никуда не исчезают, а прогресса в снижении неудачных исходов родов больше нет.

Сегодня число благоприятных исходов застыло в одной точке, а показатель

абдоминальных родов по-прежнему растёт. Одновременно увеличивается количество **женщин с рубцом на матке**<sup>1,2,3</sup>, часть из которых решатся на второго, третьего ребёнка. Ведение беременности и родов у пациенток с КС в анамнезе — сложная **медицинская и социальная задача**.

«Один раз кесарево —  
всегда кесарево»

Это изречение Эдвина Крагина (Edwin Bradford Cragin), ставшее в акушерстве крылатым на многие десятки лет, предопределило тактику акушеров-ги-

некологов на многие годы и способствовало **увеличению частоты повторных КС**<sup>4</sup>. В 1970-х годах эта установка пошатнулась, а накопленные с тех пор данные окончательно подтвердили, что попытка **вагинальных родов при рубце на матке** — не опасный эксперимент и не экстремальная процедура, а вполне **разумный подход** у части пациенток<sup>5</sup>.

Доля успешных вагинальных родов после КС постепенно росла: например, в США с 1985 до 1996 год она увеличилась с 5 до 28,6%. Одновременно снижалась частота абдоминальных родов — с 22,8% в 1989 году до 20% в 1996-м<sup>5</sup>. Однако в то же время было зафиксировано увеличение количества **разрывов матки** во время попыток родоразрешить *per vias naturales* женщин с рубцом после КС.

Такие клинические фиаско способствовали отказу от вагинальных родов при рубце на матке: к 2006 году их частота в тех же США снизилась

до скромных 8,5%, а доля КС в общей структуре родов увеличилась до 31,1%. Некоторые больницы и вовсе отказались от идеи родоразрешения женщин с рубцом на матке *per vias naturales*<sup>5</sup>.

Спустя несколько лет произошёл новый крутой поворот: в 2010 году национальные институты здравоохранения создали консенсусную конференцию, где изучили **безопасность и результаты** такого родоразрешения, а также факторы, связанные со **снижением риска осложнений**. Однако рандомизированных исследований, сравнивавших исходы у матери или новорождённого при попытке вагинальных родов и при повторном плановом КС, к тому времени не было. Рекомендации относительно ведения родов были основаны на наблюдательных работах, а значит, имели меньший доказательный вес. Тем не менее на основании накопленных данных эксперты признали, что **попытка вагинальных родов** — вполне

**разумный вариант** для многих женщин, перенёсших КС в прошлом<sup>5,11</sup>.

Увы, **сравнивать результаты** вагинальных родов при рубце на матке или повторного КС после «неуспешной попытки» с исходами запланированного повторного КС **некорректно**, поскольку ни одной пациентке (даже идеальной кандидатке!) нельзя гарантировать родоразрешение *per vias naturales*, при этом риски неудачных «пробных родов» велики.

## А что по протоколу?

Теоретически акушеры-гинекологи **могут повлиять на количество** повторных КС, и такая практическая задача перед клиницистами действительно стоит. Это не погоня за «красивой статистикой», а действие, направленное на снижение акушерских потерь: в настоящее время материнская смертность при попытке родов *per vias naturales* у пациенток с рубцом на матке составляет 17 на 100 тыс. попыток влагалищных родов<sup>5</sup>, а при плановом КС в той же группе — 44 на 100 тыс.

К настоящему времени приняты долгожданные и чрезвычайно необходимые **клинические рекомендации** «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, в родах и послеродовом периоде»<sup>12</sup>. В новом документе описан **портрет беременной с «идеальными» характеристиками для попытки вагинальных родов**.

- Одноплодная беременность и рубец на матке после одного КС в нижнем маточном сегменте.
- Нет указаний на разрыв матки в анамнезе.
- Нормальная локализация плаценты вне рубца на матке.
- Головное предлежание плода.
- Полноценность рубца на матке\*.

В клинических рекомендациях отражены ситуации, когда **попытка вагинальных родов** нецелесообразна и **неприемлема**.

- Разрыв матки в анамнезе.

\* Об этом свидетельствует отсутствие неравномерного критического истончения зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании трансвагинальным УЗ-датчиком.

## Победа технологий над здравым смыслом?

В период с 1970-х годов и до настоящего времени частота КС в мире увеличилась в разы<sup>6,7</sup>. В России рост оказался шестикратным — с 5 до 30%. Этот крутой подъём стал следствием изменений в клинической практике, широкого внедрения систем мониторинга состояния плода, уменьшения количества оперативных родов через естественные родовые пути (**зачастую травматичных** для матери и ребёнка) и ряда других причин, объективных и не очень. Сегодня показатели абдоминальных родов в разных регионах РФ варьируют вокруг отметки 30%, а в крупных перинатальных центрах достигают 40–50%<sup>8,9</sup>.

Однако настоящий мировой «лидер» по количеству КС — Бразилия, где с 2015 года этот показатель остаётся на уровне 55%, а в частных клиниках **достигает 80%**. Индикаторы демонстрируют избыточность вмешательств при родоразрешении, то есть самую настоящую **акушерскую агрессию**: амниотомию выполняют в 39% родов, эпизиотомию — в 54%, давление на дно матки — в 36%; злоупотребляют окситоцином — в 36% ситуаций<sup>10</sup>. В то же время в стране не уделяют должного внимания патологическим состояниям во время беременности, таким как гестационная артериальная гипертензия, ИППП.

Очевидно, что КС в «стране победивших абдоминальных родов» давно **утратило свою защитную роль** и превратилось в один из инструментов «карательного акушерства», к которому так неистово стремятся многие беременные в нашей стране. Несомненно система родовспоможения в Бразилии нуждается в глобальной перестройке: улучшении качества дородовой помощи и профилактики абдоминальных преждевременных родов, выполненных без показаний.

С учётом опыта Бразилии мы в России можем **смоделировать ситуацию** и сделать прогноз: что же нас ждёт, если рост количества КС сохранится? Очевидно, что мы столкнёмся с аналогичными проблемами. Именно поэтому при анализе ситуации на дальнем континенте мы должны помнить и тщательно взвешивать все **преимущества и риски**, которые несёт с собой абдоминальное родоразрешение — первое или повторное.

- Рубец на матке после корпорального КС.
- Предшествующие реконструктивные операции на матке, резекция угла матки, рудиментарного рога матки, гистеротомия, миомэктомия.
- Тазовое предлежание плода.
- Расположение плаценты в области рубца.
- Два КС в анамнезе и более.
- Признаки несостоятельности рубца на матке.
- Нежелание женщины рожать *per vias naturales*.

## А тем временем в Бурятии...

Перед службой родовспоможения Бурятии стоит **задача остановить рост КС**, наблюдаемый во многих регионах России. В 2018 году в республике отмечали самую высокую частоту КС — 42,7%, но в последующий год их долю удалось немного снизить — до 38,5%. Однако в 2020 году вновь зафиксировали увеличение показателя КС до 39,6%: отчасти это может быть **связано с перепрофилированием** республиканского перинатального центра на работу с инфицированными SARS-CoV-2 пациентками, что привело к изменению спектра диагнозов и, соответственно, перечня показаний к абдоминальному родоразрешению.

В условиях такой широкой распространённости КС в Бурятии прилагают усилия к **дифференцированному подходу** в выборе тактики ведения родов у женщин с рубцом на матке. Сам по себе **рубец на матке — не показание** к абдоминальным родам, и к будущим матерям после КС нужен индивидуальный подход для выбора оптимального способа родоразрешения — *per vias naturales* или плановое повторное КС. По данным республиканского перинатального центра Улан-Удэ, за последние 3 года доля вагинальных родов у пациенток с КС в анамнезе увеличилась почти в 2 раза. За 2020 год родоразрешили 57 таких женщин.

- 21% из них составили роженицы с паритетом более трёх родов.
- У 32 женщин с момента формирования рубца прошло 3–6 лет, у девяти — 3 года и менее, у 16 — 6 лет и более.



© Affilia Studio — stock.adobe.com

**[ Пациенток с высокой вероятностью разрыва матки и при наличии других противопоказаний к вагинальным родам (предлежание плаценты) не следует рассматривать в качестве кандидаток на «пробные роды». ]**

- 54 родов были срочными, одни — преждевременными на сроке 32 нед, двое — в 34–36 нед.
- Индуцировать родовую деятельность пришлось у 24 пациенток, у трёх — с помощью медикаментозных средств.
- III период родов осложнился частичным плотным прикреплением плаценты у двух рожениц — им выполнили ручное отделение плаценты и выделение последа.
- Каждой второй роженице (54,4%) после выделения последа выполняли ручное обследование матки по подзору на *ruptura uteri*.

изложены некоторые клинические сообщения и рекомендации из этого документа.

**Какие преимущества и риски связаны с пробными родами после предыдущего КС?**

1. **Преимущества.**
  - Возможность избежать хирургического вмешательства.
  - Более низкая вероятность осложнений (кровотечений, тромбоэмболий и инфекций).
  - Более короткий период восстановления, чем при плановом повторном КС.
  - Меньший риск осложнений у матери при последующих беременностях и родах.
2. **Риски.**
  - В качестве вероятных осложнений возможны акушерское кровотечение, разрыв матки, инфекция, операционная травма, тромбоэмболия, гистерэктомия и смерть, а также гипоксия и гибель ребёнка.

## Бюллетень АСОГ-2019

Эксперты Американского колледжа акушерства и гинекологии (American college of obstetricians and gynecologists, ACOG) разработали собственный бюллетень о вагинальных родах после КС<sup>2</sup>. Ниже

[ Для женщин важна грамотная информированность о течении гестации, изменениях, происходящих интра- и постнатально, и моральная удовлетворённость от успешных родов через естественные родовые пути. ]

Какова частота естественных родов у женщин, пытающихся родить *per vias naturales* после предыдущего КС?

Согласно опубликованным данным, доля успешных родов через естественные родовые пути составляет 50–82% и варьирует от 72–76% при отсутствии определённых факторов, снижающих шанс на естественные роды, до 30–50% — при наличии таких обстоятельств<sup>12</sup>.

Например, если показанием к первому абдоминальному родоразрешению было нарушение родовой деятельности, то успех при «пробных родах» менее вероятен, чем у женщин, прооперированных из-за неправильного положения плода.

Очевидно, что в прогнозировании исхода родов помогла бы работающая модель, позволяющая сопоставить со-

четание факторов. Исследователи пытались создать универсальные системы оценки возможных исходов «пробных родов», но большинство из них имели методологические ограничения и не попали в широкую практику.

Какую беременную можно считать кандидатом на «пробные роды» после предыдущего КС?

Большинство женщин после одного КС с малым поперечным разрезом в анамнезе можно считать кандидатками на «пробные роды», но акушеру-гинекологу важно помнить об индивидуальных рисках.

Пациенток с высокой вероятностью разрыва матки (например, после классического или Т-образного разреза, разрыва матки или обширной операции на матке) и при наличии других противопоказаний к вагинальным родам (предлежание плаценты) не следует рассматривать в качестве кандидаток на «пробные роды».

Препятствуют успеху в «пробных родах» старший возраст матери, повышенный индекс массы тела, макросомия плода и гестационный возраст более 40 нед, короткий интервал между родами (менее 19 мес) и наличие преэклампсии.

Ранее в качестве факторов, влияющих на успех вагинальных родов у женщин с КС, фигурировали демографические характеристики (раса и этническая принадлежность, уровень образования), акушерские (срок гестации), материнские (возраст, индекс массы тела, наличие сахарного диабета и гипертензивных расстройств), плодовые (предполагаемая масса плода) и другие (родовозбуждение окситоцином)<sup>19–23</sup>.

Как вести беременных с разрывом матки в анамнезе?

- Если местоположение рубца ограничено нижним сегментом матки, частота повторного разрыва или расхождения во время родов составляет 6%.
- Если рубец захватывает верхний сегмент матки, частота повторных разрывов достигает 15–32%.

При наличии этих факторов эксперты рекомендуют родоразрешать пациенток путём повторного КС до начала родовой деятельности (как правило, в сроке 36–37 нед).

## Индукция родов: с риском и без

Индукция родов при попытке их ведения *per vias naturales* у женщин с рубцом на матке — как вынужденное хождение по тонкому льду. С одной стороны, эта мера, как правило, необходима при «пробных родах». С другой — влечёт за собой осложнения. Французские специалисты выполнили ретроспективный анализ (n=339) и изучили перинатальные исходы при родоразрешении после индукции<sup>13</sup>. Для возбуждения родовой деятельности у пациенток с одним КС в анамнезе, с одноплодной текущей беременностью и головным предлежанием плода применяли окситоцин, искусственный разрыв плодных оболочек и/или простагландин E<sub>2</sub>.

В качестве основных критериев оценки использовали разрыв матки, низкий балл по шкале Апгар, реанимацию новорождённых или их госпитализацию в неонатальное отделение, родоразрешение посредством КС (после начала родов), послеродовое кровотечение и пребывание матери в больнице после родов.

У 67,3% женщин с рубцом на матке произошли самопроизвольные роды, а у 32,7% — индуцированные. Более половины участниц получали окситоцин во время родов независимо от варианта наступления родов. Доли неблагоприятных перинатальных исходов и КС были выше при индуцированных родах по сравнению с самопроизвольными (26,1 vs 15,8% и 45 vs 27,6% соответственно). Всего было зарегистрировано девять разрывов матки (2,6%), и, хотя разница между группами была недостоверна, отмечено небольшое «лидерство» по этому осложнению у процедуры родовозбуждения. Согласно выводам исследователей, индукция родов была связана с более высоким риском КС после начала родов (ОР 2,06) и более длительным пребыванием матери в стационаре после родов (ОР 6,2; 95% ДИ 3,25–11,81). Связи с послеродовым кровотечением обнаружено не было.

Сохраняются вопросы об индукторах родовой деятельности. Есть сведения, что простагландин E<sub>1</sub> (то есть мизопростол) связан с повышенной вероятностью разрыва матки, к тому же профессиональные сообщества категорически не рекомендуют использовать простагландины у женщин с предшествующим КС<sup>14–16</sup>, предлагая делать выбор в пользу катетера Фолея, что, по-видимому, связано с меньшим риском разрыва матки<sup>17</sup>. Однако в Кокрейновском обзоре 2017 года отмечено, что полученные в рандомизированных исследованиях данные недостаточны для подтверждения значительных различий между методами индукции<sup>18</sup>.

## Психологически готова!

Большинство беременных постоянно «охотятся» за сведениями о вынашивании, родах, послеродовом восстановлении и уходе за младенцем, но **образовательные материалы и родовые консультации** зачастую не удовлетворяют «жажду знаний». Женщины вынуждены собирать информацию из самых разных (и зачастую недостоверных) источников — от родственников, друзей, из интернета и популярных СМИ. Однако даже ТВ — не «рупор истины»: сегодня на телевизионные шоу часто приглашают «экспертов» с откровенно ненаучной и даже опасной точкой зрения. Искажённая информация от известных людей, не имеющих к медицине ни малейшего отношения, может влиять на ожидания и решения беременных относительно своей «судьбы» в родах.

Например, тема КС — одна из самых обсуждаемых и злободневных. Когда из «каждого утюга» доносятся вести об очередном «загубленном врачами» младенце, об ужасах и опасностях естественных родов и полной безопасности КС, эмоционально лабильные беременные могут поддаваться на уговоры «экспертов» и сделать неправильный выбор. А дальше начинается непростой период «борьбы с системой», прежде всего с врачами, которые пытаются **объяснить** реальную суть вещей и **аргументировать** отсутствие показаний к абдоминальным родам. Результат — стрессовая ситуация для матери и её семьи, восприятие акушеров-гинекологов как врагов и полное неприятие даже самой обоснованной медицинской помощи.

Именно поэтому для женщин чрезвычайно важна грамотная информированность о течении гестационного процесса, об изменениях, происходящих интра- и постнатально, а также моральная удовлетворённость от успешных родов через естественные родовые пути. В этой связи всем беременным (и особенно с рубцом на матке) остро необходимы **психологическая подготовка и информирование** специалистом ещё на амбулаторном (и даже на прегравидарном) этапе.



Когда-то КС стало инструментом, **сохраняющим здоровье и жизнь** матери и ребёнка. Однако к настоящему времени немалую часть абдоминальных родов выполняют без соответствующих показаний, трансформируя защитную роль операции в фактор риска интранатальных и послеродовых осложнений, увеличивая их частоту в разы.

**Недопустимо и фанатичное стремление** родоразрешить женщину с рубцом на матке через естественные родовые пути: при неверном расчёте есть вероятность усугубить ситуацию и спровоцировать новые (подчас фатальные) осложнения. Взвешенный подход, оценка факторов риска и выбор подходящих кандидаток на естественное родоразрешение — тот путь, который позволит максимально использовать **защитный функционал КС**, не «скатиться» в акушерскую агрессию, а некоторым пациенткам дать шанс на естественные роды даже в такой непростой клинической ситуации. **SP**

Библиографию см. на с. 118–126.



## ПРИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ И МАСТОДИНИИ



Включен  
в клинические  
рекомендации  
по ДДМЖ\*



Пер. удл: П N014026/01 от 09.10.2007;  
П N014026/02 от 09.10.2007

РЕКЛАМА

www.mastodynon.com  
www.bionorica.ru  
www.mastopatiaforum.ru

### Растительный негормональный препарат **Мастодион®**

- Помогает в лечении мастопатии
- Способствует уменьшению болезненности в молочных железах
- Поддерживает гормональный баланс<sup>1,2</sup>

## ПРИРОДА. НАУКА. ЗДОРОВЬЕ.

\*Доброкачественная дисплазия молочной железы». 2020.  
http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/1027. Доступ: 26.02.2021

1. Бурдина Л.М. Лечение заболеваний молочных желез и сопутствующих нарушений менструальной функции Мастодионом. Лечащий врач. 1999. №8. С. 13-16. 2. Яворская С.Д., Сычева М.А., Кореньковский Ю.В. Влияние лекарственного фитопрепарата на уровень гонадотропных гормонов и метаболитов эстрогенов у пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез в сочетании с масталгией. АиГ 2019;1:102-108.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.  
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

# ВАКЦИНИРОВАТЬ ЛИ БЕРЕМЕННЫХ ОТ COVID-19?

## ПОЧЕМУ В РОССИИ И В МИРЕ РАЗРЕШЕНО ВАКЦИНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ОТ COVID-19



2 июля 2021 года утверждены **временные методические рекомендации** «Порядок проведения вакцинации взрослого населения против COVID-19»<sup>1</sup>. Документ регламентирует алгоритмы специфической профилактики у взрослого населения — отныне вакцинация **беременных и планирующих зачатие разрешена**.

### НУЖНО ЛИ ОТКЛАДЫВАТЬ ЗАЧАТИЕ?



**Откладывать** планирование беременности и рождение детей на постковидный период **не рекомендует** ни одна профессиональная ассоциация акушеров-гинекологов. В связи с высокой вероятностью инфицирования SARS-CoV-2 во время гестации целесообразно **вакцинировать от COVID-19 мужчин и женщин** репродуктивного возраста **на прегравидарном этапе**.



### МОЖНО ЛИ ВАКЦИНИРОВАТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?



**25%** беременных, перенёсших COVID-19, страдали сопутствующими хроническими заболеваниями (ожирением, сахарным диабетом, болезнями лёгких, сердца и сосудов)

**0** данных — о негативном влиянии вакцинации на репродуктивную функцию, течение гестации и перинатальные исходы

**114** тыс. женщин вакцинированы во время гестации<sup>2</sup>

Частота осложнений беременности у вакцинированных не отличалась от таковой у непривитых<sup>2</sup>

#### «ГАМ-КОВИД-ВАК» («СПУТНИК V»)

Сопутствующие хронические экстрагенитальные заболевания повышают риск тяжёлого течения COVID-19 при беременности<sup>2</sup>. Таких женщин целесообразно вакцинировать «Гам-КОВИД-Вак» **с 22 нед гестации**<sup>1</sup>.

#### «ЭПИВАККОРОНА», «КОВИВАК» И «СПУТНИК ЛАЙТ»

Эти вакцины противопоказаны во время беременности и лактации.

### ПРАВИЛА ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

**!** Обязательна ли вакцинация от SARS-CoV-2 при **плановой госпитализации** беременных в родовспомогательные учреждения? **Нет!**

#### Как правильно?<sup>2</sup>

- Тестирование **всех пациенток** на наличие SARS-CoV-2 при поступлении в стационар.
- Правильная маршрутизация в зависимости от статуса по COVID-19.

#### СТАТУС ПО COVID-19

- «Отрицательный» → Переводят в «чистую» зону
- «Неизвестный» → Госпитализируют в односторонний родовой бокс
- «Положительный» → Госпитализируют в карантинный стационар

**!** **Недопустимо** отказывать беременной в медицинской помощи на основании отсутствия информации о статусе COVID-19!

**Вывод:** Пандемия COVID-19 **изменила привычный ритм** жизни — мы **адаптируемся** к новой реальности. Одно из условий безопасной жизни — **вакцинация**. И лучше её делать на прегравидарном этапе.

1. Временные методические рекомендации «Порядок проведения вакцинации взрослого населения против COVID-19». М., 2021. 57 с.

2. Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым при новой коронавирусной инфекции COVID-19» / Министерство здравоохранения Российской Федерации. Версия 4 (05.07.2021). 131 с.