# SECULISIPA ESELLS runekonorus akymepemba beennognbi bak

**#5 [81]** 10 / 2021 / StatusPraesens



МКБ-1): современный взгляд на типологию болезней. Когда Россия перейдёт на новое кодирование? • Клинические рекомендации станут обязательными с 1 января 2022 года • Предикторы IQ ребёнка — что может акушер-гинеколог? • Контрацептивное консультирование как инструмент сохранения репродуктивного потенциала страны • Разбор трёх клинических случаев колопроктологических заболеваний в практике акушера-гинеколога





#### Дорогие коллеги!

Работа акушеров-гинекологов не укладывается в узкие рамки привычной медицинской деятельности. В первую очередь это предопределено социальным заказом наших пациенток: женщины приходят к нам не только с болью и страданиями от острого или хронического заболевания, но и за счастьем, за продолжением самих себя — неким воплощением вечной жизни. И если бы мы были персонажами фантастической повести, то исполняли бы роль волшебников.

Однако как же в реальной жизни с учётом возрастающей социальной активности женщин в бизнесе, науке и производстве и уменьшения приоритетности материнства выполнить такой серьёзный заказ? Только через постоянное и неиссякаемое стремление к профессионализму, поиск и внедрение новых технологий, грамотную организацию оказания медицинской помощи и ранжирование учреждений на группы, коллегиальность, выявление факторов риска неблагоприятных перинатальных исходов и тщательный мониторинг состояния здоровья беременных.

Всё перечисленное выше, а также высочайшая степень ответственности за своих пациенток, присущая большинству клиницистов, позволили нам за последнее десятилетие сохранить тысячи младенческих и сотни материнских жизней. Это, безусловно, успех!

Жизнь ставит новые задачи в виде неуклонной тенденции к росту инфекционных заболеваний, нарушений эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Ухудшение соматического здоровья напрямую сопряжено с ухудшением здоровья репродуктивного. И нам, акушерам-гинекологам, для выполнения социального заказа наших пациенток предстоит создать современную и эффективную систему сохранения репродуктивного потенциала, основанную на принципах профилактики и предиктивности.

Это непростой путь, но я верю в своих коллег! И надеюсь, что журнал StatusPraesens, конференции, школы и вебинары станут площадками для обсуждения, развития и воплощения в практику этой системы. Её инструменты обязательно появятся в приложении SPNavigator, дополнив список уже имеющихся полезных для врача материалов — записей инфосессий, а также электронных версий статей, брошюр и клинических рекомендаций.

Здоровья вам, дорогие коллеги, сил и неиссякаемой энергии!

Главный акушер-гинеколог Минздрава Алтайского края, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, главный врач Алтайского краевого клинического перинатального центра, канд. мед. наук И.В. Молчанова



runekonorur akyo

# 5 [81] 10 / 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 Євсеевич Радзинский

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

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@lig.ru) Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов

Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская Аппарат ответственного секретаря редакции: Ольга Викторовна Єремеева

**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, Ольга Раевская, Мила Мартынова,

Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва

**Препресс-директор:** Нелли Демкова **Арт-директор:** Лина Тавдумадзе

Руководитель группы дизайна: Латип Латипов Руководитель группы вёрстки: Юлия (куточкина Выпускающий редактор: Варвара Лосева

**Инфографика и дизайн:** Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шибаева **Корректоры:** Елена (оседова, Ника Кушнаренко, Эльнара Фридовская

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

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъез д. 3 таж. 3). Журнал зарегистрирован в Федеральной глужбе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №С 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 29 октября 2021 г. / Яррес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (199) 346 3902. Почтовый адрес 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: ргаезельги. €-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в 000 ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/л, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №26805 / 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 сылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдумадзе. Фото на обложке: ⑥ KyleHohler / Shutterstock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, Istock, Ясьоск, Ясьоск, Вофор Stock.

- © 000 «Статус презенс»
- © 000 «Медиабюро (татус презенс»
- © Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007



#### главный редактор

#### Радзинский Виктор Євсеевич

Заил. 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 Межфисциплинарной ассоциации специалистов репродиктивной мерицины (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 Євгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Брецсенко 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)
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)

Захарова Нина Ивановна (Московская обл.) Иванов Игорь Исаакович (Симферополь) Кира Євгений Фёдорович (Москва)

Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург) Козлов Роман (ергеевич ((моленск)

Коноплянников Алексанор Георгиевич (Москва)

Костин Игорь Николаевич (Москва)

Краснопольский Владислав Иванович (Москва) Крутова Виктория Александровна (Краснодар)

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

Олина Анна Александровна (Москва)

Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)

Ордиянц Ирина Михайловна (Москва)

Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)

Пашов Александр Иванович (Калининград)

Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)

Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)

Петрихин Василий Алексеевич (Москва)

Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)

Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)

Роговская (ветлана Ивановна (Москва)

Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)

Савельева Галина Михайловна (Москва) Савичева Алевтина Михайловна (С.Петербург)

(амойлова Алла Владимировна (Москва)

(ахацтринова Индира Венеровна (Уфа)

Caxagigunosa vingupa beneposna (74a

(емятов (аид Дмитриевич (Москва)

(ерова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)

(идорова Ираида (тепановна (Москва)

(ичинава Лали Григорьевна (Москва)

Табакман Юрий Юрьевич (Москва)

Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)

Толибова Гулрухсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)

Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)

Филиппов Олег (емёнович (Москва)

Фукс Александр (Нью-Йорк, США)

Хамошина Марина Борисовна (Москва)

Цхай Виталий Борисович (Красноярск)

Шалина Раиса Ивановна (Москва)

## 

runekonorur akymepembo de

#### СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7 слово главного редактора

#### Гадание на кофейной гуще

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Є. Радзинский о предиктивности: возможностях предсказывать и предупреждать осложнения

НОВОСТИ

**16** КАК ЭТО БЫЛО

#### Как всегда на высоте!

XV Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». Как это было?

Каждый раз, находясь на семинаре, будто проживаешь маленькую, но насыщенную фейерверком событий жизнь. И прошедшие уже пятнадцатые «Сочинские контраверсии» не исключение: масштабные, интересные, зажигательные, незабываемые — они стали эпицентром очного профессионального общения специалистов и тёплых дружеских встреч.

19 ШКОЛА ЮРИДИЧЕСКОЙ САМООБОРОНЫ

#### Наберите необходимую сумму, пожалуйста...

Интервью с доц. кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. В И. Броскимова Иваном Олеговичем Печереем.

Иванов А.В.



Российские пациенты обнаружили, что медорганизации неплохо справляются с ролью банкомата. Возмещение морального вреда, причинённого при оказании медицинской помощи, стало обязательной частью любого гражданского иска к лечебному учреждению, и многочисленные требования заплатить сотни тысяч рублей или даже несколько миллионов без какого-либо обоснования размера суммы уже не выглядят экзотикой.

**7** МЕДПОЛИТ

#### Новые главные документы

Клинические рекоменрации: когра они станит обязательными?

Дьяконов С.А.

Современные клинические рекомендации — как российские, так и зарубежные — не что иное, как «производное» доказательной медицины. Даже самые горячие сторонники этой концепции не считают, что лечение каждого больного может быть абсолютно точно рассчитано на основании научных исследований и «запрограммировано» в документе — место для клинического опыта и врачебной инициативы существует всегда.



## cogepskanue nouepa

YIA SCIENTIARU

о инструментарий

#### Орган-невидимка

Микообиом в акишеостве и гинекологии XXI века

Радзинский В.Е., Соловьёва А.В., Дьяконов С.А.

Внимательное изучение микробиома человека поставило под сомнение концепцию стерильных локусов. Так, учёные активно обсуждают состав нормальной микробиоты крови, которую традиционно считали вообще свободной от любых бактерий. Для акушеров-гинекологов чрезвычайно важно, что пошатнулась вековая парадигма стерильности плода.

#### Эволюция в мире контрацепции

«Кайлина ЛНГ». Риковооство пооовинитого пользователя (оосье

Во всём мире наблюдают тенденцию к позднему материнству и увеличение интервала между рождением первого и второго ребёнка. Это означает, что в жизни женщины есть периоды, когда ей необходима надёжная защита от незапланированной беременности. Задача контрацепции — сохранение репродуктивного здоровья, а не снижение рождаемости, и разработки инноваций в этой сфере имеют особое значение.

**ЦБ** NEXT-ПРОСВЕТ

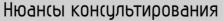
#### Эклампсия: известная и неизвестная

Тактика ведения пациенток с эклампсией: что мы можем сегодня?

Быков А.С., Мартиросян С.В., Абабков С.Г., Беломестнов С.Р.

Эффективного патогенетического лечения эклампсии не существует, единственное, что могут врачи, — вовремя родоразрешить пациентку и тем самым снизить вероятность неблагоприятных перинатальных исходов. Можно ли максимально точно предвидеть возникновение судорожного синдрома и предупредить развитие жизнеугрожающего состояния?

53 дискуссионный



Что важно ичитывать, если пациентка выбирает контрацептив впервые?

Минкина Г.Н., Яцышина Д.В.



Результаты социологических опросов рисуют почти идеальную картину: 70% респонденток в возрасте 18-34 лет уверены, что они хорошо разбираются в контрацепции, и такое же количество участниц говорят о широкой доступности информации по данной теме. При этом более половины используют презервативы, и лишь 21% — гормональные средства. И это заставляет усомниться в достаточной осведомлённости женщин.

## Status Paesens

runekonorur akymepembo beennognbrå Spak

#### СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

ნნ

#### Криптократия метаболизма

Инозитол в терапии эндокринных нарушений (по материалам выступлений докт. мед. наук Духанина С.А., докт. мед. наук Соловьёвой А.В., докт. мед. наик Обоскаловой Т.А.)

Дьяконов С.А.

С каждым годом о плейотропности инозитола учёным становится известно всё больше — это вещество помогает в преодолении нарушений углеводного обмена, уменьшении выраженности гиперандрогении, улучшении качества ооцитов и даже предотвращении дефектов нервной трубки плода.

73 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ЛОКАЗАТЬ

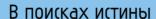
#### «Незаметный» вклад в гениальность

Нутритивная поддержка на этапе прегравидарной подготовки: накопление знаний поосолжается

Соловьёва А.В., Раевская О.А., Быкова О.А.

Дотация микронутриентов стратегически значима в рамках фетального программирования. Один из самых изученных агентов влияния на IQ ребёнка — йод. Оказалось, и дефицит витамина D во время беременности может нанести непоправимый урон интеллектуальному развитию.

81 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ



Доказательная медицина и клинические рекомендации: помощь врачу в принятии верных решений

(ахаутринова И.В., Быкова О.А.

Разговор о доказательной медицине приобретает всё большую значимость — количество научных работ растёт с каждым днём, формируя огромный поток публикаций. Практикующие врачи не всегда могут разобраться в качестве данных, отсюда возникает вопрос, каким исследованиям доверять. О нюансах интерпретации — в настоящей статье.

89 CASUISTICA

#### Проблемы по соседству

Колопроктологические заболевания в практике акушера-гинеколога

Хрянин А.А., Маркарьян Д.Р.

Патологическое состояние промежности может быть следствием именно гинекологических заболеваний, а уж этот факт «женский врач» не должен оставлять без внимания: правильно распознанные причины и своевременно начатое лечение помогут избежать опасных осложнений и хронизации процесса.

94 литература и источники

6 / StatusPraesens

## гадание на кофейной гуще

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Є. Радзинский о предиктивности: возможностях предсказывать и предупреждать осложнения



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

В этом году у одной из самых престижных международных наград современности — Нобелевской премии — юбилей. Ровно 12ф лет назад была проведена первая церемония. С тех пор ежегодно в октябре объявляют победителей, а 1ф декабря, в годовщину смерти её основателя Альфреда Нобеля, комитет награждает лауреатов за достижения, принёсшие наибольшую пользу человечеству.

В этом году премия по физиологии и медицине была присуждена за открытие осязательных и терморецепторов. Результаты кропотливей-шей работы учёных значительно расширили возможности фармакотерапии многих патологических состояний. Это стало возможно благодаря тому, что исследователи многократно проверяли гипотезу о существовании определённых ионных каналов, которые участвуют в каскаде биохимических реакций, обусловливающих те или иные ощущения. То есть они точно знали, что искали. И нашли.

сследования в области медицины, и фундаментальные, которые удостаивают премий, и имеющие более прикладное значение, служат источником, постоянно пополняющим знания и увеличивающим спектр возможностей практикующих врачей.

Открытия и достижения закономерно сопровождаются изменением нормативной базы, протоколов обследования и лечения. Так, с 1 января 2022 года вступает в силу новая, уже 11-я версия Международной классификации болезней. Справедливости ради необходимо отметить, что Россия перейдёт на новое кодирование и статистический учёт только к 2024 году. Такое распоряжение подписал председатель правительства РФ М.В. Мишустин 15 октября 2021 года.

МКБ-11 — не просто обновлённая версия предыдущего варианта, она отражает современный взгляд мирового сообщества на типологию болезней. Что это означает для практикующих врачей? Грядёт пересмотр тактики ведения пациентов по многим состояниям и, как следствие, создание новых клинических рекомендаций, в том числе по заболеваниям, ранее не кодировавшимся в МКБ. К сожалению, официальная русскоязычная версия МКБ-11 пока отсутствует, опубликован лишь тестовый вариант, который находится на стадии доработки.



Статус уже утверждённых клинических рекомендаций также вызывает много обоснованных вопросов у клиницистов. С какого момента считать соблюдение гайдлайнов строго обязательным? Как будут формироваться стандарты и программы госгарантий, а следовательно, и оплачиваться работа врачей? Отчасти некоторая ясность уже появилась. Согласно проекту, опубликованному на федеральном пор-

тале 23 сентября, внедрение клинических рекомендаций в рутинную практику будет проходить в несколько этапов.

Нельзя забывать, что регламентирующие документы представляют собой действительно важный аспект в работе современного акушера-гинеколога не только с правовой точки зрения. При их составлении выполняют анализ огромного массива научных данных. Исследования проходят сложный путь и тщательную экспертную оценку, прежде чем их результаты получат признание на страницах гайдлайнов. Подробнее об этом — в статье «Доказательная медицина и клинические рекомендации: помощь врачу в принятии верных решений».



Уже практически год мы руководствуемся новым Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи. Поиказ №1130н во многом изменил работу нашей службы. На мой взгляд, одно из значимых нововведений — официально задокументированное включение прегравидарной подготовки в обязанности акушеров-гинекологов. С каждым годом исследователи получают всё больше подтверждений необходимости оздоровления пациенток, планирующих беременность. Риск неблагоприятного исхода для женщины или ребёнка остаётся всегда, и задача акушера-гинеколога искать ОПТИМАЛЬНЫЕ ПЦТИ предотвращения такого финала.

В целом, если объективно оценивать врачебные возможности, многие болезни мы так и не нацчились излечивать... При эклампсии поможет только родоразрешение. Можно пролонгировать беременность на какое-то время, но не избавить пациентку от этого грозного осложнения. Можно преодолеть бесплодие при СПКЯ, нормализовать менструальный цикл, максимально отсрочить кардиометаболические осложнения, но нельзя вылечить женщину... Именно этим можно объяснить современную (мену паради(мы медицины тоенд на предиктивность! Мы уже умеем предугадывать и (иногда!) предотвращать неблагоприятные последствия. Однако за, казалось бы, почти волшебными преосказаниями исходов скрыты глубинный анализ факторов риска и клиническое мышление врача.

Многие аспекты управления рисками раскрыты в нашей новой книге — «Предиктивное акушерство». Это насыщенный концентрат руководства к действию, обобщение коллективного опыта, свод инструкций по всеобъемлющей безопасности всех участников перинатального процесса — врачей и пациентов.

Современные врачи «вооружены» мощнейшим подспорьем в виде КЛИНИческих рекоменраций. Однако разработаны они пока далеко не по всем заболеваниям и охватывают ограниченный спектр клинических проблем. С целью дополнения и расширения действующих протоколов эксперты МАРС создают методические рекомендации, охватывающие наиболее значимые для большинства практикующих специалистов вопросы. В частности, в 2020 году было опубликовано второе издание протокола «Прегравидарная подготовка» — своеобразная шпаргалка для акушера-гинеколога.

Концепция представленных в нём рекомендаций как раз отражает (ОВО-КУПНОСТЬ накопленных знаний об осложнениях беременности и родов, неблагоприятных акушерских и перинатальных исходах, а также (что самое важное) о механизмах, позволяющих не допустить или остановить патологический процесс на самых ранних этапах.

вают влияние также на формирование познавательных и когнитивных способностей детей. Образование родителей и особенно интеллект матери — хорошо известные предикторы IQ ребёнка. Не менее важные — доход семьи, возраст матери, этническая принадлежность, курение (в том числе пассивное) во время беременности, продолжительность родов, вес ребёнка при рождении, грудное вскармливание и рост в детстве, а также индекс массы тела.

Интеллектуальные способности ребёнка зависят и от особенностей питания матери. О том, каким продуктам следует отдавать предпочтение беременным, а от каких стоит отказаться или значительно уменьшить их количество в рационе, вы сможете узнать из статьи «Йутритивная поддержка на этапе прегравидарной подготовки: накопление знаний продолжается».



К ведению всех пациенток, в особенности беременных, следует подходить с позиции стратегии риска. Для этого необходим качественный анализ статистических показателей, этиологических факторов и эпидемиологии заболеваний, а также детальный честный разбор всех случаев материнской смертности и near miss.

[ Єсли объективно оценивать врачебные возможности — многие болезни мы так и не научились излечивать... Именно этим можно объяснить современную смену парадигмы медицины — тренд на предиктивность!]

Эффективность необходимых комплексов мероприятий доказана как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе, что отличает предиктивность от других подходов. В частности, в рамках прегравидарной подготовки возможна реализация фетального программирования. Этот феномен предопределяет дальнейшую восприимчивость организма к заболеваниям, сформированную ещё во внутриутробном периоде, и даже предопределяет продолжительность жизни будущего ребёнка.

Помимо здоровья, учёные активно анализируют факторы, которые оказы-

С 18 января 2021 года критические акушерские состояния (КАС) находятся на особом мониторинге. Глобальные стратегии современного здравоохранения направлены на ликвидацию предотвратимой материнской смертности. К сожалению, в настоящее время предугадать развитие некоторых КАС невозможно. Более того, даже уже существующие научные наработки в сфере скрининга не внедрены в рутинную практику, а эффективными методами профилактики зачастую пренебрегают как сами пациентки, так и некоторые врачи.

Распространённость и, главное, количество ассоциированных с эклампсией (одним из самых грозных осложнений беременности) летальных случаев можно считать индикатором эффективности работы всей акушерско-гинекологической службы. Патогенетически обоснованного лечения не существует. Единственное, что мы можем сделать, — выявить факторы риска и постараться нивелировать их на догестационном этапе. Современный взгляд на эту проблему представлен в публикации «Тактика ведения пациенток с эклампсией: что мы можем сегодня?».



Несмотря на благоприятную тенденцию снижения частоты абортов, многие женщины в нашей стране до сих пор считают их приемлемым методом регулирования рождаемости. К сожалению, пользовательниц современных и эффективных средств предохранения среди россиянок не так много, однако в наших с вами силах исправить это досадное недоразумение. Контрацептивное консультирование должно стать неотъемлемой частью рутинного приёма, поскольку основная цель предупреждения нежеланных беременностей сохранение репродуктивного здоровья. И в этом тоже заложен принцип предиктивности!

О нюансах консультирования женщин, основных ошибках, которые могут послужить причиной снижения комплаентности,— в публикации «Что важно учитывать, если пациентка выбирает контрацептив впервые?».



Особенности планирования семьи современных пациенток — данность, с которой приходится считаться. Принимая во внимание возросшую частоту жалоб на врачей, необходимо быть максимально осторожным в формулировках, особенно при назначении тех или иных рекомендаций, информируя пациентку о возможных рисках, сопряжённых с отсроченным деторождением, небезопасным репродуктивным поведением и др. В то же время мы наблюдаем и более неблагоприятные тенденции, мириться с которыми не представляется возможным.



Распространённость метаболиче-(КИХ Нарушений в популяции продолжает неуклонно расти. Ежедневно на приём к акушеру-гинекологу приходят женшины с избыточным весом, ожирением, синдромом поликистоза яичников, инсулинорезистентностью или сахарным диабетом в анамнезе, причём нередко для этих пациенток характерна коморбионость. Неоказание своевременной помощи таким больным может не только «поставить коест» на репродуктивных планах, но и сократить длительность их жизни. Таким образом, сочетание нескольких хронических заболеваний и множества симптомов. которые беспокоят женщину, требует от специалиста решения «сложносочинённой» клинической задачи.

ванием» условнопатогенной нормофлоры нам придётся иметь дело ещё долгое время.

Учёные наблюдают связь между составом микробиоты кишечника и онкозаболеваниями, болезнью Паркинсона, психическими и когнитивными нарушениями (включая болезнь Альцгеймера) и даже эмоциональным благополучием. Несмотря на то что вопрос единства вагинальной и кишечной микробиоты остаётся в рамках контраверсий, полностью исключить факт влияния последнего на первый уже невозможно.

Установлено, что основа формирования нормального микробиома новорождённого — здоровая микробиота половых путей матери. При этом вагинальный дисбиоз беременных грозит

[ Приказ №113Фн во многом изменил работу нашей службы. Одно из значимых нововведений — официально задокументированное включение прегравидарной подготовки в обязанности акушеров-гинекологов. ]

Зачастую это приводит к возникновению дополнительной проблемы полипрагмазии. Для того чтобы не допустить необоснованного назначения большого количества лекарственных препаратов, необходимо понимать, что в патогенезе многих метаболических расстройств участвуют схожие механизмы. О современных взглядах на коррекцию обменных нарушений можно узнать из статьи «Криптократия метаболизма».



Лидерами среди препаратов, которые чаще всего назначают «на всякий случай», можно смело считать антибактериальные средства. Ещё несколько лет назад эксперты ВОЗ постановили: «эра антибиотиков подходит к концу». К сожалению, пандемия COVID-19 значительно его приблизила.

Идея доминирующего положения микробиома в нашем организме находит всё больше сторонников. Критике была подвержена концепция стерильных локусов, а с плачевными последствиями повального элоупотребления противомикробными препаратами и «выкаши-

такими осложнениями, как преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды и неонатальный сепсис. Таким образом, изменения микробиоты влагалища, в частности дефицит лактобацилл в сочетании с активным ростом анаэробных бактерий, обусловливают высокий риск преждевременного прерывания гестации. О методах предупреждения этих осложнений, а также о возможностях ведения женщин с патологическими выделениями из половых путей, бактериальным вагинозом и кандидозным вульвовагинитом — в публикации «Микробиом в акушерстве и гинекологии XXI века».



Информации, которая нужна врачу в рутинной практике, много. Периодически происходит обновление нормативной базы, дополняют перечень клинических рекомендаций на сайте Минздрава РФ, на фармацевтическом рынке появляются новые препараты. Как за всем уследить? Чтение специализированной литературы и посещение конференций значительно облегчает эту задачу и по-

зволяет врачу быть в курсе важнейших событий в области медицины.

С гордостью и радостью хотим поделиться с читателями SP итогами долгожданного XV Общеооссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». Прошедшие уже пятнадцатые (!) «Сочинские контоаверсии» по традиции стали самым масштабным, интересным, зажигательным и незабываемым поофессиональным мероприятием! Ни сложная эпидемиологическая ситуация, ни большие расстояния, ни плотные рабочие графики делегатов и докладчиков — никакие преграды не помешали состояться годндиозному событию, а оно поистине было

В первый день семинара состоялась торжественная церемония награждения по итогам переклички перинатальных центров за 2020 год (по версии МАРС). В этом году по многочисленным просьбам руководителей медицинских организаций было принято решение отдельно наградить областные и городские перинатальные центры.

Перекличка позволяет увидеть результаты работы учреждения «со стороны», «в масштабе», сравнить их с данными коллег из других городов и регионов. Ежегодное обсуждение в Сочи всегда мотивирует к внедрению нового, показывает пути, как можно преодолевать непреодолимое, — всем участникам независимо от места в рейтинге.

В торжественной и тёплой атмосфере прошла церемония вручения премии «Репродуктивное завтра России». Эта награда — признание профессиональных заслуг и благодарность за полезный, благородный и жизненно важный труд. С результатами можно ознакомиться в статье «Лауреаты IX Национальной премии "Репродуктивное завтра России"».

Сложно предугадать, в каком формате будут проходить следующие мероприятия, однако точно можно сказать одно: впереди — новые планы, грандиозные проекты и не менее интересные профессиональные события, а любые препятствия и ограничения необходимо расценивать как возможности для развития.



## как всегда на высоте!

XV Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». Как это было?



аждый раз, находясь на семинаре в Сочи всего 4 дня, как будто проживаешь маленькую, но насыщенную фейерверком событий жизнь. И прошедшие уже пятнадцатые (!) «Сочинские контраверсии» не стали исключением — масштабные, интересные, зажигательные, незабываемые! В этот раз они были особенно долгожданными — после долгого перерыва и всевозможных ограничений все соскучились по живым встречам, тёплому человеческому общению друг с другом, обмену энергией и знаниями.

В залах двух полюбившихся площадок — Зимнего театра и гостиницы «Жемчужина» — 0чно встретились не только акушеры-гинекологи, но и руководители здравоохранения, юристы, неонатологи и педиатры, анестезиологи и врачи смежных специальностей. Однако и тем, кто лично не смог приехать на традиционный глобальный конгресс по репродуктивной медицине, был открыт виртуальный доступ к знаниям: благодаря онлайн-платформе (ONDEXIO доктора России и зарубежья дистанционно получали информацию буквально из первых уст.

К сожалению, несмотря на повсеместную вакцинацию и увеличивающийся уровень коллективного иммунитета, коронавирус по-прежнему не сдаёт своих позиций. Однако участники мероприятия были крайне осторожны и соблюдали все 
противоэпидемические требования администрации Краснодарского края. В общем, 
ни сложная эпидемиологическая ситуация, ни большие расстояния, ни плотные 
рабочие графики делегатов и докладчиков — никакие преграды не помешали состояться грандиозному событию, а оно поистине было таковым, что подтверждают 
прежде всего цифры.

Мы в очередной раз достигли небывалых высот!

- 2208 участников: 679 очных и 1529 онлайн-слушателей.
- 10 739 онлайн-просмотров.
- Семь стран и 56 регионов РФ, которые представляли делегаты.
- 149 спикеров.
- Более 240 докладов.

В первый день семинара состоялась торжественная церемония награждения по итогам переклички перинатальных центров за 2020 год (по версии МАРС). В этом году по многочисленным просьбам руководителей медицинских организаций было принято решение отдельно наградить областные и городские перинатальные центры.

В тройку лучших городских перинатальных центров вошли:

- родильное отделение ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана (Москва);
- перинатальный центр Саратовской городской клинической больницы №8 (Саратов);
- Видновский перинатальный центр (Московская область).

## «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» 4–7 сентября 2021 года



В числе лучших областных перинатальных центров в этом году оказались:

- Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2 (Волгоград);
- областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко (Томск):
- перинатальный центр Воронежской областной клинической больницы №1.

А вечером в Летнем театре в более неформальной и дружеской обстановке вручали Национальную премию «Репроочитивное завтра России». Медицинским «Оскаром» наградили лучших представителей профессии — тех, кто предан своему делу, делится опытом с грядущим поколением специалистов и кому не чуждо стремление к общественному поизнанию.

Что касается научной программы, то, пожалуй, не было такой профессиональной темы, которая осталась бы без внимания. За год накопилось множество клинически важных новостей — о результатах непрерывно идущей исследовательской работы, о накопленной доказательной базе, о достигнутом прогрессе, об успехах и задачах, да и просто о нас — врачах и людях. Многочисленные школы думающего клинициста, мастер-классы, тренинги мануальных навыков (hands-on), семинары по бесплодному браку и ВРТ, детской и подростковой гинекологии, антиэйджингу, курс по эстетической гинекологии и многие-многие другие — на одно только их перечисление уйдёт не менее получаса.

Как всегда, с большим успехом прошли заседания Всероссийской научно-практической конференции «Главврач XXI века», Школы юридической самообороны врача, школы-интенсива по УЗИ в практике акушера-гинеколога. Переполненные залы говорят сами за себя: проекты полюбились аудитории и невероятно востребованы у специалистов.

В течение 4 дней работала самая большая в стране профильная выставка «Главврач XXI века». Участие в ней приняли более 130 компаний, представив свою продукцию и оборудование на 180 стендах, а общая площадь выставочного пространства на двух площадках составила около 900 м².

Народу было — не протолкнуться! Акушеры-гинекологи, педиатры, неонатологи и врачи других специальностей имели эксклюзивную возможность лично узнать о новинках индустрии, достижениях и инновациях медицинского оборудования, фармакологических разработках, обновлениях инструкций и напрямую задать вопросы производителям. Согласитесь, всё это крайне важно для поддержания информационного тонуса, который был значительно снижен в период вынужденной коронавирусной изоляции.

При всей серьёзности мероприятия в нём нашлось место и для развлечения: все гости семинара были вовлечены в интересную игру StatusMoneyЯ. При посещении выставочных стендов многие с азартом собирали «монетки»-статусы, чтобы потом обменять их на книги, брошюры и журналы издательства StatusPraesens и другие призы. Борьба за подарки разыгралась нешуточная!

Приятным бонусом «Сочинских контраверсий» стала презентация новинки издательства Status Praesens — книги «Предиктивное акушерство» (под ред. В.Е. Радзинского, С.А. Князева, И.Н. Костина; 2021), которая, мы уверены, окажется очередным бестселлером. На мероприятии, изобилующем разбором клинических рекомендаций и других нормативных документов, также были представлены методические рекомендации МАРС «Неразвивающаяся беременность в анамнезе: реабилитация и подготовка к следующей гестации».

Сложно подробно описать на страницах журнала всё, что произошло на семинаре за 4 дня, и тем более невозможно передать ту бушующую энергетику радости, профессиональной сплочённости и праздника, которая царила всё это время на площадках мероприятия. И это те эмоции, которые каждый должен испытать лично. Проверено — вы захотите повторить это (нова и снова, год за годом, чтобы с гордостью рассказывать всем: «Да, я был на "Сочинских контраверсиях!"» А уже сейчас мы начинаем готовиться к следующему семинару и будем с нетерпением ждать встречи с вами в гостеприимном Сочи на побережье Чёрного моря, где светит солнце и волны ласкают прибрежные камни. Увидимся, дорогие коллеги!

#### Уважаемые коллеги!

Мы открываем пролонгированный доступ к избранным докладам «Сочинских контраверсий» для пользователей SPNavigator. Теперь это единственная платформа, на которой можно посмотреть видеозаписи из Сочи.

Для установки приложения наведите камеру вашего телефона на QR-код или нажмите на кнопку.



## новые главные документы

Клинические рекомендации: когда они станут обязательными?



Автор: канд. мед. наук (ергей Александрович Дьяконов, StatusPraesens (Москва)

Посетители римского форума столетия любуются двумя стройными коринфскими колоннами, которые поддерживают рельеф с изображением богини мудрости Минервы. Согласно верованиям древних римлян, этой могущественной дочери Юпитера были подвластны и правовые вопросы.

Медицина также опирается на **gBa** столпа — диагностику и лечение. Однако оказание медицинской помощи тесно связано и с юридическими нюансами. Как диагностировать заболевания? Как выбрать правильную тактику ведения пациентов? Эти вопросы с большим трудом поддаются регламентации. В рамках протоколов сложно учесть все клинические ситуации, индивидуальные особенности пациентов и создать гайдлайны, удовлетворяющие и врачей, и организаторов здравоохранения, и юристов.

Не секрет, что многие российские медики до сих пор часто встречают все стандарты оказания медицинской помощи и клинические рекомендации (КР) обвинением во внедрении фельдшеризма. Впрочем, первые из этих документов адресованы прежде всего главным врачам и специалистам по экономике здравоохранения, а статус вторых в российской медицинской практике был долго время не ясен.

формление клинического опыта в соответствующие протоколы долгие годы происходило вполне неформальным образом — российские специалисты разрабатывали КР в полном смысле слова на свой страх и риск. Гайдлайны могли быть посвящены диагностике и лечению заболевания или же использованию конкретных медицинских технологий, методов лечения или процедур.

Ведение пациентов с одним и тем же патологическим состоянием зачастую было регламентировано сразу несколькими нормативными документами — при этом «свежие» рекомендации нередко противоречили друг другу и расходились с положениями действующих приказов Минздрава РФ. Необходимо признать, что это не способствовало росту доверия к КР в медицинской среде.

[ Клинические рекомендации — это документы, которые содержат основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. ]

#### Долгий путь к признанию

Новую жизнь российских гайдлайнов можно отсчитывать с 25 декабря 2018 года — дня, когда был принят Федеральный закон №489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций» 1. С этого момента КР получили чёткое юридическое определение.

Теперь второй из изменённых нормативных актов, знакомый всем российским врачам как «323-й закон», указывает, что КР — это документы, содержащие основанную на научных доказательствах (ТОИКТИОИООВАННИЮ ИНформацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе поотоколы ведения пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учётом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи<sup>2</sup>.

или состояние (или их группу) в Российской Федерации быть не может. При этом гайдлайны по методам лечения — например, по вспомогательным репродуктивным технологиям или менопаузальной гормональной терапии — утратят силу. Если же одна и та же клиническая проблема станет предметом внимания нескольких групп экспертов, то Научно-практический совет либо одобряет одну из поступивших на рассмотрение КР, либо организует совместную разработку единственного общего протокола.

#### Поэтапный переход

Согласно российскому законодательству, медицинская помощь должна быть оказана в соответствии с положением о её организации и порядками с учётом стандартов, а с 1 января 2022 года — и на основе КР. При этом Минздрав РФ уполномочен предоставлять разъяснения по единообразному применению всех вышеперечисленных документов.

Именно на основе KP специалисты теперь разрабатывают критерии оценки качества медицинской помощи и стан-

вступил в силу поиказ Минтоуда РФ №262н от 19 апреля 2021 года «Об утверждении профессионального станодорта "Врач — акушер-гинеколог"». Согласно этому документу практикующий специалист должен действовать в соответствии с КР пои формулировании диагноза, составлении и коррекции плана обследования и лечения, при направлении на исследования, консультации, госпитализацию, при назначении лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии, выполнении диагностических и иных вмешательств, диспансерном наблюдении<sup>4</sup>.

Это решение Минтруда РФ могло показаться практикующим акушерамгинекологам несколько преждевременным. Действительно, в соответствии с Федеральным законом №489-ФЗ медицинские организации были обязаны обеспечивать оказание медицинской помощи на основе КР и создавать условия для её соответствия новым критериям оценки качества лишь с 1 января 2022 года.

Более того, необходимо признать, что создание новых протоколов, соответствующих всем требованиям ноомативных актов — и медицинской науки! — ещё далеко от завершения. Многие врачи, уже более года работающие с огромным напряжением в условиях пандемии коронавирусной инфекции, с некоторым опасением ожидали одномоментного внедрения обязательности «новых» КР к исполнению. Именно поэтому ещё один Федеральный закон от 2 июля 2021 года №315-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"» продлил переходный период — им предусмотрено поэтапное внеорение оказания медицинской помощи на основе КР в порядке, установленном правительством РФ, но не позднее 1 января 2024 roga<sup>5</sup>.

На момент выхода в свет этого номера SP специалисты продолжают работу над проектом постановления правительства PФ «Об утверждении порядка поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утверждённых в соответствии с частями 3,

## [ (огласно профессиональному стандарту «Врач — акушер-гинеколог», специалист должен действовать в соответствии с КР при составлении и коррекции плана обследования и лечения и иных действиях.]

КР по-прежнему разрабатывают и утверждают медицинские профессиональные некоммерческие организации. Впрочем, теперь до утверждения новые гайдлайны подлежат рассмотрению Научно-практическим советом, сформированным Минздравом РФ. По результатам рассмотрения этот совет принимает решение об одобрении, отклонении или направлении КР на доработку. При этом все действующие КР подлежали пересмотру в срок не позднее 31 декабря 2021 года.

Важно отметить, что теперь 60-лее одной KP на каждое заболевание

одарты её оказания. Кроме того, согласно приказу Минэдрава РФ от 19 марта 2021 года №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения», невыполнение КР — самостоятельное основание для финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования<sup>3</sup>.

Использование КР в акушерстве и гинекологии регламентирует не только Минздрав РФ. Так, 1 сентября

4, 6—9 и 11 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"»<sup>6</sup>.

Согласно проекту постановления правительства  $P\Phi$ , сроки применения новых KP будут зависеть от момента их публикации в рубрикаторе на сайте Минздрава  $P\Phi^7$ .

- КР, размещённые до 1 сентября 2021 года — с 1 января 2022 года.
- Размещённые до 1 июня 2022 года с 1 января 2023 года.
- Размещённые до 1 июня 2023 года с 1 января 2024 года.

«Старые» КР, утверждённые до 1 января 2019 года, легитимны до их пересмотра, однако не позже 31 декабря 2021 года.

Проекты профильных КР размещены на сайте Российского общества акушеров-гинекологов, и каждый специалист может принять участие в их обсуждении. Стремиться к тому, чтобы КР стали максимально качественными с учётом уникального опыта врачей, можно и нужно!

Ещё одной платформой для размещения уже принятых КР служит SPNavigator — мобильное приложение для iOS и Android. В нём представлены КР по акушерству, гинекологии, неонатологии и педиатрии, частично — по онкологии и другим смежным дисциплинам с привязкой к Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра.

## Условие необходимое, но не достаточное

До недавнего времени статус российских КР был не до конца понятным и спорным — врачам было не ясно, считать ли их «обязательными к исполнению». Новые нормативные акты вносят желаемую ясность в календарь внедрения новых гайдлайнов в медицинскую

[ Проекты профильных КР размещены на сайте Российского общества акушеров-гинекологов, и каждый специалист может принять участие в их обсуждении, стремясь сделать их максимально качественными.]

практику. Впрочем, никто не ожидает, что они поставят точку в вечном споре о степени регламентирования врачебных усилий — споре, от которого зависят жизнь и здоровье пациентов.

Современные КР — как российские, так и зарубежные — не что иное, как «производное» доказательной медицины, преимущества и недостатки которой были уже неоднократно разобраны на страницах SP. Даже самые горячие сторонники этой концепции не считают, что лечение каждого конкретного больного может быть абсолютно точно рассчитано на основании научных исследований и «запрограммировано» в документе. Место для клинического опыта и врачебной инициативы существует всегда.

Более того, российские КР подлежат обязательному регулярному пере-(МОТРУ с учётом новых медицинских данных. В их подготовке нужна особая тщательность. Каждый тезис должен быть основан на научных доказатель-(ТВАХ и отражать КОН(СНСЦС профессионального сообщества. Всё это призвано обеспечить наилучшие результаты лечения пациентов и правовую защищённость врачей при предъявлении к ним каких-либо претензий или при судебных разбирательствах. К сожалению, необходимо констатировать, что «трудности перевода» положений зарубежных гайдлайнов наряду с не всегда адекватной интерпретацией выводов систематических обзоров, метаанализов и клинических исследований отрицательно повлияли на качество некоторых про-

КР, теперь посвящённые исключительно конкретным патологическим

[ Российские КР подлежат обязательному регулярному пересмотру с учётом новых данных. Каждый тезис должен быть основан на научных доказательствах и отражать консенсус профессионального сообщества.]

состояниям и их группам, неминуемо оставляют «белые пятна». В частности, междисциплинарные проблемы нередко остаются без официально предписанных решений. Единственный выход из этой ситуации — разработка экспертами «адъювантных документов» с обязательным учётом положений действующих КР. Так, эксперты Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) уже разработали клинические протоколы по прегравидарной подготовке и реабилитации пациенток после неразвивающейся беременности 9.

Нужно отметить, что вскоре мировую и российскую медицину ждёт внедрение МКБ-II. Уже известно, что новая классификация будет содержать отдельные коды для многочисленных патологических состояний, пока не выделенных официально. С «принятием на вооружение» МКБ-II процесс составления новых КР, с максимальной точностью описывающих современные подходы к диагностике и лечению того или иного заболевания, получит дополнительный импильс.



В современных условиях обследование и лечение больных организует лечащий врач — на основе КР по каждой нозологической форме, указанной в диагнозе. Новые российские КР, безусловно, не могут решить всех проблем повседневной практики — стандартизировать абсолютно все клинические ситуации невозможно.

Мнение, что для оказания медицинской помощи нужно ознакомиться только с профильным гайолайном, в корне неверно. Римская Минерва, с упоминания которой начат рассказ, — прежде всего богиня мудрости, а не регламентов!

Библиографию см. на с. 94-102.

### эклампсия: известная и неизвестная

Тактика ведения пациенток с эклампсией: что мы можем сегодня?







Авторы: Аким (емёнович Быков, канд. мед. наук, анестезиологреаниматолог перинатального центра ОДКБ №); (ергей Валериевич Мартиросян, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии УГМУ, главный врач ЕКПЦ; (ергей Геннадьевич Абабков, анестезиолог-реаниматолог перинатального центра ОДКБ №); (ергей Разумович Беломестнов, канд. мед. наук, главный врач ОДКБ №) (вердловской области (Екатеринбург)

Копирайтинг: Виктория Москвичёва

К одному из самых грозных гестационных осложнений относят эклампсию. Частота её значительно варьирует: в развитых странах показатель распространённости этого патологического состояния составляет 1,6—1ф на 1ф тыс. родов, а в развивающихся он достигает 5ф—151 на 1ф тыс. родов<sup>1</sup>.

Такие отличия исследователи объясняют разницей доступности медицинской помощи и недостаточно чётким соблюдением протоколов лечения тяжёлой преэклампсии (ПЭ)<sup>1</sup>. Раннее выявление и профилактика осложнений во многом зависят от дородового наблюдения, особенно в III триместре, — более 8ф% женщин с эклампсией регулярно не посещали врача в антенатальном периоде<sup>2</sup>.

Вместе с тем практически половина пациенток, которые имеют показания к профилактике ПЭ, даже не начинают приём ацетилсалициловой кислоты<sup>3,4</sup>. Несмотря на убедительные доказательства эффективности и безопасности этого препарата, женщины боятся осложнений и не следуют назначениям врача. Кроме того, сами клиницисты не всегда используют в работе эффективные скрининговые программы<sup>5</sup>, следовательно, выявление групп риска ограничено.

Таким образом, распространённость и, главное, количество ассоциированных с эклампсией летальных случаев можно считать индикатором эффективности работы всей акушерско-гинекологической службы.

фективного, патогенетически обоснованного лечения эклампсии к настоящему времени не разработано. Единственное, что могут акушеры-гинекологи, — вовремя родоразрешить пациентку и тем самым снизить вероятность неблагоприятных исходов со стороны матери и плода<sup>6</sup>.

Можно ли максимально точно предвидеть возникновение судорожного синдрома и предупредить развитие жизнеугрожающего состояния?

#### Есть отличия?

Сложности ведения пациенток с эклампсией начинаются уже на этапе определения понятия — мировые профессиональные сообщества понимают под этим термином различные состояния. По мнению специалистов Всемирной организации здравоохранения (2014), это приступ клонико-тонических судорог у женщин с ПЭ при исключении иных причин<sup>7</sup>. Аналогичного трактования при-

держиваются эксперты Национальной службы здравоохранения Великобритании (National health service, NHS) (версия 1, 2020)<sup>8</sup> и Национального института здоровья и медицинской помощи Великобритании (National institute for health and care excellence, NICE) (2019)<sup>9</sup>.

В определении Американской коллегии акушеров-гинекологов (American college of obstetricians and gynaecologists, ACOG) понятие «эклампсия» представлено несколько шире. К ней относят судорожные проявления, ассоциированные с гипертензивными расстройствами во время беременности, родов и послеродового периода при исключении иных причин. При этом могут быть как единичные или множественные фокальные приступы, так и генерализованные клонико-тонические судороги (2020)<sup>10</sup>.

В отечественных клинических рекомендациях (2021) представлено следующее определение: серия судорог, сначала тонических, а затем клонических, которые, как правило, возникают на фоне тяжёлой ПЭ при отсутствии других причин<sup>11</sup>.

с беременностью, но подходы отличаются в леталях.

Сторонники первой гипотезы считают, что в основе патогенеза эклампсии — церебральный вазоспазм, возникающий при повышении артериального давления. Исхооно этот защитный механизм предотвращает неконтролируемую церебральную перфузию и нарушение дистальной микроциркуляции (эффект Остроумова – Бейлиса) 12. Однако последствия олительного вазоспазма неблагоприятны. Его итогом будет локальная ишемия и повреждение самой сосудистой стенки. Повышение её проницаемости обусловливает несостоятельность гематоэнцефалического барьера и отёк головного мозга — всё это лишь усугубляет нарушение кровоснабжения, замыкая «порочный круг» $^{13,14}$ .

Описанные выше изменения характерны для больных с клиническими проявлениями (ипертензивной энцефалопатии)<sup>15</sup>, у пациенток с эклампсией описывают схожую картину<sup>16</sup>. Длительный церебральный вазоспазм ухудшает кровоснабжение сосудистой стенки, и далее она неспособна поддерживать тонус. В ито-

[ Подавляющее большинство специалистов сходятся во мнении, что эклампсия — диагноз-исключение и, прежде чем говорить о ней, необходимо полностью убедиться в отсутствии иных причин судорог.]

Несмотря на некоторые отличия в определении, эксперты сходятся во мнении, что эклампсия — Quarhoз-исключение и, прежде чем говорить о ней, необходимо убедиться в отсутствии иных причин судорог.

#### Гипотезы происхождения

Единой принятой теории возникновения эклампсии в настоящее время нет, существует лишь ряд предположений. По ключевым звеньям их можно разделить на два гипотетических направления. В целом они основаны на том, что эклампсия — осложнение гипертензивных расстройств и она ассоциирована

ге происходит пассивная вазодилатация (синдром «роскошной перфузии»)<sup>12</sup>, усиление мозгового кровотока с увеличением выраженности отёка головного мозга, появление очагов ишемического и геморрагического повреждений <sup>12,13,17</sup>.

Вторая гипотеза основана на том, что эклампсия — осложнение ПЭ, поскольку судороги на фоне протеинурии и артериальной гипертензии выявляют в 7—8 раз чаще. Ввиду неадекватной инвазии цитотрофобласта в ранние сроки гестации ремоделирование спиральных артерий нарушено. Это способствует увеличению сопротивления кровотока в маточных артериях и сужению сосудов, вызывая в итоге ишемию плаценты и оксидативный стресс.

Далее события развиваются следующим образом: свободные радикалы

и цитокины, такие как сосудисто-эндотелиальный фактор роста (vascular endothelial growth factor, VEGF), оказывают прямое повреждающее действие на эндотелий не только в матке, но и вомногих оругих органах, включая головной моэг. В результате из-за повышенной проницаемости гематоэнцефалического барьера нарастает церебральный отёк.

Эту гипотезу подтвердили результаты аутопсии умерших от эклампсии женщин. В тканях головного мозга выявили следующие изменения<sup>18</sup>.

- Периваскулярный отёк 68,4%.
- Кровоизлияния и локусы, пропитанные гемосидерином, 36,8 и 31,6% соответственно.
- Тромбоз мелких сосудов 10,5%.
- Очаги некроза 15,8%.

При гистологическом исследовании обнаружили повреждение эндотелия сосудов головного мозга, а при иммуногистохимическом — повышение маркёров окислительного стресса. Точно такие же изменения выявили в печени и почках (органах-мишенях ПЭ), что указывает на системный характер нарушений.

Возможно ли сочетание описанных выше двух патогенетических механизмов или их выявляют исключительно изолированно? Достоверно сказать нельзя, однако представленные результаты исследований можно частично трактовать в пользу каждой из гипотез.

#### Предиктивность на практике

Эпизоды судорог описаны в различные сроки беременности и послеродового периода. Более половины происходят до родов (в том числе до 20 нед гестации), около 44% — в пуэрперии. При этом период их появления довольно широк: приступы отмечают в промежутке между 72 ч и 28 сут после рождения ребёнка<sup>10,11,19–21</sup>.

Исследователи неоднократно пытались выделить симптомы, которые изолированно или в сочетании могут с точностью предсказать неминуемый эпизод эклампсии. Классические представления о предвестниках выглядят следующим образом.

Головная боль, головокружение, слабость.

- Нарушение зрения.
- Боли в эпигастрии и правом подреберье.
- Опоясывающие боли за счёт кровоизлияния в корешки спинного мозга (симптом Ольсхаузена).
- Гиперрефлексия и клонус.
- Расширение зрачков.

Впрочем, все симптомы неспецифичны, что снижает их практическую значимость. Именно поэтому в 2019 году исследователи задались целью проанализировать все клинические, инструментальные и лабораторные признаки для создания прогностических систем. После тщательного изучения медицинского контента крупнейших научных библиотек (Medline, Embase, Cochrane, Clinical Trials.gov) никаких специфических изолированных маркёров или их сочетаний выявлено не было<sup>22</sup>. В качестве причины была названа нехватка качественных научных работ, оценивающих предиктивную значимость любых предвестников эклампсии.

Сложности добавляет также тот факт, что у некоторых пациенток вообще отсутствуют какие-либо клинические симптомы и лабораторно-инструментальные изменения как перед приступом, так и после него 10,11,19. Таким образом, у части женщин эклампсия манифестирует на формально интактном фоне, и в настоящее время предсказать это трагичное развитие событий невозможно 6.

#### Не навреди!

Для оказания эффективной и, что не менее важно, безопасной помощи важно знать динамические закономерности приступа. Следование устаревшим представлениям о врачебной тактике ассоциировано с крайне неблагоприятными последствиями для пациентки<sup>23</sup>.

В развитии судорог принято выделять несколько этапов<sup>11</sup>.

- Мелкие фибриллярные подёргивания мышц лица (15—30 сек).
- Тоническое напряжение всей скелетной мускулатуры (15—20 сек).
- Генерализованные клонические судороги, охватывающие мышцы туловища и конечностей (продолжительность этого периода обычно не превышает 1,5 мин).

Клонико-тонические приступы сопровождают кратковременное апноэ, расширение зрачков, цианоз, прикусывание языка и выделение пены изо рта. После завершения судорог пациентка, как правило, остаётся без сознания<sup>11</sup>.

В чём же практическая значимость именно такого описания? При адекватной помощи на первом этапе можно предотвратить генерализацию приступа 10,11. И этот факт выступает одним из аргументов в пользу катетеризации вены в родах и при транспортировке женщины с гипертензивными расстройствами: налаженный парентеральный доступ позволяет медицинским работникам при необходимости оперативно ввести лекарственные средства.

На этапе тонических и клонических судорог единственная действенная помощь — предотвращение любых травм. Можно ослабить ворот, если это не сопряжено с повреждениями. Нельзя удерживать женщину в момент генерализованного приступа (это повышает риск травм мягких тканей) и пытаться открыть ей рот, поскольку из-за спазма жевательной мускулатуры и мышц шеи

можно повредить мягкие ткани лица, зубы и даже челюсти $^{24}$ .

Запрещено вкладывать в полость рта любые препараты: при отсутствии сознания единственный путь движения твёрдого тела — дыхательные пути. На этапе приступа также не нужно пытаться проводить искусственное дыхание любым методом — из-за спазма мускулатуры все усилия будут напрасны. В последнюю фазу приступа дыхание, как правило, восстанавливается (амостоятельно<sup>24</sup>.

#### Метод исключения

При возникновении судорог у беременной или у женщины в послеродовом периоде клиницист прежде всего подумает об эклампсии. Однако необходимо также исключить иные причины приступа. К ним относят метаболические нарушения, токсическую энцефалопатию и поражения ЦНС различного генеза, в том числе опухоли и эпилепсию.

Что касается инструментальных методов диагностики, то главную ценность представляет МРТ. Исследование по-

#### Неблагоприятное развитие событий

Чаще всего эклампсия протекает в виде единичного приступа без нарушений витальных функций. Однако иногда ей сопутствуют различные осложнения. Их можно разделить на несколько групп.

- Рецидивы судорог. Бывают как повторные кратковременные эпизоды, так и статус (пароксизм судорог длительностью 30 мин и более).
- (осудистые катастрофы острые нарушения мозгового кровообращения (ишемические и геморрагические), инфаркт миокарда.
- Акушерские осложнения в виде тромботической микроангиопатии и как частного её варианта HELLP-синдрома.
- Отёк лёгких как проявление гиперволемии.
- Осложнения со стороны ПЛ0ga антенатальная гибель вследствие отслойки плаценты.
- Возможны менее грозные осложнения с позиции рисков для жизни, однако значительно снижающие её качество, например отслойка сетчатки глаз. Даже «благополучное» окончание приступа требует динамического наблюдения и настороженности в плане возможных осложнений.

[ У части пациенток отсутствуют клинические симптомы и лабораторно-инструментальные изменения как перед приступом, так и после него, и предсказать это трагичное развитие событий невозможно.]



зволяет исключить объёмные образования головного мозга и уточнить состояния церебральных структур.

В последние несколько лет внимание исследователей привлёк синдром задней обратимой энцефалопатии\* (posterior reversible encephalopathy syndrome, PRES)<sup>25</sup>. Вследствие того, что этот феномен обнаруживали у большинства женщин, перенёсших эклампсию, учёные попытались причислить визуализированный морфологический субстрат к специфическим последствиям судорог у беременных и родильниц<sup>25</sup>. Однако результаты свежих научных работ не подтвердили клиническую значимость инструментального маркёра.

Исследователи отметили, что PRES встречается не так уж и часто, помимо него можно обнаружить и другие отклонения: тромбозы церебральных сосудов с инсультом и без, а также признаки гипертонической лейкоэнцефалопатии\*\*. При этом в большинстве ситуаций (76%) структура головного мозга у женщин вовсе не изменена<sup>26</sup>.

Таким образом, современные исследователи не воспринимают PRES как специфическое для эклампсии поражение головного мозга<sup>27</sup>. Кроме того, причинами этого радиологического феномена могут быть ещё несколько десятков патологических состояний.

- У подавляющего большинства женщин нет изменений тканей головного мозга на макроскопическом уровне.
- У некоторых пациенток есть нарушение мозгового кровообращения, возможно, представляющее собой отдельное заболевание, а его клиническая манифестация совпала с беременностью или послеродовым периодом.
- В настоящее время не существует достоверных магнитно-резонансных критериев, подтверждающих диагноз «эклампсия».

Именно поэтому в большинстве протоколов в рутинную схему обследования

- \* (индром задней обратимой энцефалопатии острый, потенциально обратимый отёк субкортикального вещества головного мозга преимущественно затылочной и теменной локализации.
- \*\* Гипертоническая лейкоэнцефалопатия мелкоочаговое или диффузное поражение белого вещества, выявляемое в особо чувствительных к колебаниям артериального давления зонах головного мозга.

в рамках отделений родовспоможения MPT не входит<sup>9,10</sup>. Например, в российских клинических рекомендациях показаниями к нему служат всего четыре ситцации<sup>11</sup>.

- Судорожный приступ, зафиксированный ранее 20 нед беременности или в первые сутки после родов.
- Резистентная к терапии магния сульфатом эклампсия при наличии грубой неврологической симптоматики.
- Гемипарез.
- Кома, сохраняющаяся после отмены седативной терапии в течение 24 ч.

В то же время отсутствие этих показаний не должно препятствовать МРТ головного мозга в рамках дифференциальной диагностики, выполняемой узким специалистом. Судорожный синдром у женщин в период гестации и после родов требует активного поиска причин приступов — эта клиническая ситуация сопряжена с грозными заболеваниями, требующими зачастую неотложной помощи соответствующего профиля.

Таким образом, диагностика эклампсии на современном этапе основана не на поиске патогномоничных для этого состояния клинических симптомов и лабораторно-инструментальных критериев, а на исключении очевидных причин судорог.

#### Карты — в руки!

Начало лечения стандартизировано и не зависит от генеза приступа. Однако по мере установления его причины необходимо корректировать схему терапии.

Обязательными в лечении эклампсии признаны три направления.

- Магнезиальная терапия. Основная задача — профилактика рецидива судорог.
- Антигипертензивная терапия.
- Родоразрешение.

После приступа обязательно оценивают уровень (ознания пациентки и адекватность (понтанного уыхания в соответствии с рекомендациями по сердечно-лёгочной реанимации<sup>28</sup>. При констатации клинической смерти дальнейшие шаги необходимо осуществлять согласно этому же протоколу.

Критериями потребности в искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) после окончания приступа служат отсут-

ствие сознания и грубая неврологическая симптоматика при его восстановлении. Остальные ситуации необходимо оценивать индивидуально. К сожалению, нет чётких рекомендаций, допускающих то или иное количество приступов без перевода женщины на управляемое дыхание.

При сохранённом сознании и отсутствии нарушений витальных функций женщину укладывают на левый бок для профилактики аорто-кавальной компрессии. Если не была пунктирована периферическая вена, выполняют пункцию и устанавливают внутривенный катетер, плотно зафиксировав его к руке. Инъекционную иглу не используют: при рецидиве судорог она может стать источником травмы.

ности первый показал лучший профиль  $6e_3$ опасности $^{31}$ .

При повторном приступе возможно введение ещё 2—4 г сульфата магния<sup>10</sup>. Если нет возможности уточнить концентрацию микроэлемента в сыворотке крови, то косвенно судить о передозировке можно по исчезновению коленных рефлексов<sup>11</sup>. Кроме того, необходим мониторинг адекватности дыхания. При почечной недостаточности поступление сульфата магния нужно прекратить<sup>11</sup>.

Антигипертензивную терапию назначают по общим принципам. Препарат выбора — нифедипин. При сравнении его перорального приёма и внутривенного введения лабеталола констатирована равная эффективность и безопасность 32. К средствам второй линии относят ме-

[ Магнезиальная терапия (не менее 12 г сульфата магния) — первая линия медикаментозного воздействия при всех гипертензивных состояниях беременных до подтверждения/опровержения ПЭ или эклампсии. ]

Магнезиальная терапия (не менее 12 г сухого вешества сульфата магния) первая линия медикаментозного воздействия при всех гипертензивных состояниях беременных 00 установления наличия/отсутствия преэклампсии или эклампсии. Механизм действия сульфата магния неизвестен, однако он показал высокую эффективность в сравнении с плацебо в отношении профилактики судорог при ПЭ. В рандомизированном контролируемом испытании 345 пациенток получали магния сульфат, 340 плацебо. В основной группе судорожный приступ развился у одной женщины (0,3%), в контрольной — v 11 (3,2%)(ОР 0,09; 95% ДИ 0,01-0,69;  $\rho = 0.003)^{29}$ .

Раствор сульфата магния (25%) вводят в дозе 16 мл (4 г сухого вещества) струйно в течение 10—15 мин, ориентируясь на самочувствие и ощущения женщины. Дальнейшее введение — микроструйное, 4 мл/ч. Увеличение скорости не влияет на эффективность, но повышает количество побочных эффектов<sup>30</sup>. При сравнении противосудорожной активности сульфата магния и диазепама при равной результатив-

тилдопу, метапролол, клонидин. Все препараты применяют в соответствии с инструкцией, а темп снижения артериального давления не должен превышать 10—20 мм рт.ст. каждые 20 мин. Это связано с изменением плацентарного кровотока при его более резком падении<sup>11</sup>.

Постоянный мониторинг показателей артериального давления и подбор адекватной антигипертензивной терапии позволяют влиять на распространённость эклампсии и ассоциированные с ней неблагоприятные исходы. Это подтверждают результаты исследований, выполненных в развитых странах. Например, распространённость эклампсии в Нидерландах в 2004—2006 годах была вовое выше, чем в Великобоитании (5,4 и 2,7 на 10 тыс. родов соответственно; ОР 1,94; 95% ДИ 1,6-2,4). Интерес вызывает тот факт, что количество женщин с предшествующей ПЭ и общее количество пациенток, получавших магния сульфат с целью профилактики судорог, при этом были сопоставимы.

При детальном анализе оказалось, что группы отличались по уровню диастолического артериального давления (мак-

симальное значение 111 против 95 мм рт.ст.;  $\rho$ <0,001), количеству больных, получавших антигипертензивные препараты (16 против 71%; OP 0,2; 95% ДИ 0,1-0,3), и периоду введения сульфата магния. Так, сразу после первого судорожного приступа только 95% скандинавок получали магнезиальную терапию, тогда как эту тактику применяли у 99% англичанок (OP 0,96; 95% ДИ 0,92-0,99). Итог: в Нидерландах зарегистрировали три смерти, в Великобритании — ни одной 33.

В 2019 году были опубликованы результаты обновлённого исследования встречаемости эклампсии в Нидерландах<sup>34</sup>. Авторы констатировали резкое снижение распространённости этого состояния — до 1,8 на 10 тыс. родов (ОР 0,28; 95% ДИ 0,22-0,36). Причинами назвали более частое использование сульфата магния (до 100%; ОР 1.08: 95% ДИ 1.04—1.12) и назначение антигипертензивных препаратов (с 16 до 74,4%; ОР 18,4; 95% ДИ 9,74— 34,7). И это лишний раз подчёркивает, что недопустимо оставлять пациентку без регламентированного протоколами лечения.

Целевой показатель артериального давления у женщин с ПЭ и эклампсией — 130—150/80—95 мм рт.ст. 11 Считают, что это уровень восстановления ауторегуляции мозгового кровообращения. Только при его достижении пациентка транспортабельна (если это необходимо), и именно при таком показателе артериального давления (после магнезиальной терапии) возможно выполнение диагностических манипуляций, которые не относят к неотложным.

При наличии показаний к немедленному родоразрешению (кровотечение, респираторный дистресс-синдром плода) никаких вмешательств, отодвигающих начало операции, не выполняют. Рутинно других лечебных мероприятий не назначают, при этом инфузионная терапия показана только при наличии сиповолемии.

[ Целевой показатель артериального давления у женщин с преэклампсией и эклампсией — 13Ф—15Ф/8Ф— 95 мм рт.ст. (читают, что это уровень восстановления ауторегуляции мозгового кровообращения. ]

#### Думайте сами, решайте сами

Один из ключевых моментов — родоразрешение. В различных гайдлайнах подходы к нему отличаются. Российский протокол предусматривает кесарево сечение и общую анестезию<sup>11</sup>. Такая же тактика рекомендована в странах со стабильно высоким уровнем эклампсии. В ряде государств даже введены временные рамки родоразрешения в пределах 12 ч от поступления. Отечественные рекомендации более демократичны: при отсутствии экстренных показаний необходимы стабилизация состояния женщины, дообследование с дальнейшим родоразрешением<sup>11</sup>.

В послеоперационном периоде предлагают продолжить магнезиальную терапию до 24 ч, хотя достоверных данных о пользе такой пролонгации не получено. Рекомендованы также антигипертензивная терапия, послеоперационное обезболивание и профилактика тромбоэмболических осложнений 11. Единичный приступ не относят к показаниям ни к продлённой ИВЛ, ни к назначению антиконвульсантов.

В ряде протоколов предусмотрена возможность родов через естественные родовые пути. В основу этих решений положено исследование индийских коллег, в котором проанализировали исходы у женщин с эклампсией после 34 нед беременности в зависимости от метода родоразрешения (кесарево сечение или роды per vias naturales). При сравнении групп не выявили значимых различий в частоте акушерских и перинатальных осложнений<sup>35</sup>.

[ При наличии показаний к немедленному родоразрешению, таких как кровотечение, респираторный дистресс-синдром плода, никаких вмешательств, отодвигающих начало операции, не выполняют.]

Однако есть научные работы с иными результатами<sup>36</sup>. При разделении женщин на группы в зависимости от метода родоразрешения (аналогично исследованию, описанному выше) установили прогностически неблагоприятное влияние вагинальных родов в сравнении с кесаревым сечением:

- увеличение частоты повторных приступов до 30 против 6%;
- рост общего количества акушерских осложнений на 46 против 16%;

Хотя смертность пациенток и неонатальные исходы в обеих группах были сопоставимы, на основании полученных результатов был сделан вывод о большей безопасности абдоминального родоразрешения.



Руководством к действию в сложных и жизнеугрожающих ситуациях во время беременности остаются клинические протоколы. Точное следование алгоритмам ведения пациенток позволяет предотвращать неблагоприятные исходы со стороны матери и плода<sup>23</sup>.

Поиск достоверных маркёров акушерских осложнений продолжается, и одними из перспективных названы плацентарный фактор роста (placental growth factor, PIGF), связанный с беременностью белок A (pregnancy associated plasma protein A, PAPP-A), растворимая fms-подобная тирозинкиназа-1 (soluble fms-like tyrosine kinase, sFlt-1)<sup>37</sup>. Пои этом значение имеет не отдельный анализ этих биохимических показателей, а их совместная с факторами риска оценка. Надеемся, что в скором времени скрининговая модель ПЭ и эклампсии будет обновлена с учётом научных наработок, и это расширит предиктивные возможности в рутинной практике. 🛐

Библиографию см. на с. 94-102.

## проблемы по соседству

## Колопроктологические заболевания в практике акушера-гинеколога





Авторы: Алексей Алексеевич Хрянин, докт. мед. наук, проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии НГМУ, президент Ассоциации акушеров-гинекологов и дерматовенерологов (Новосибирск); Даниил Рафаэлевич Маркарьян, канд. мед. наук, ст. научный сотрудник отдела хирургии Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова (Москва)

Копирайтинг: Мила Мартынова

Традиционно пациенток с заболеваниями перианальной области наблюдают и ведут проктологи и колоректальные хирурги. Однако в некоторых ситуациях решения в медицине необходимо принимать с нарушением установленных «зон ответственности»: непосредственная близость к женским половым органам, а также общность анатомических и функциональных нарушений не позволяет игнорировать подобные проблемы и акушерам-гинекологам. Иногда патологическое состояние промежности может быть следствием именно гинекологических заболеваний, а уж этот факт «женский врач» не должен оставлять без внимания: правильно распознанное заболевание и своевременно начатое лечение помогут избежать хронизации процесса и более опасных осложнений. Именно поэтому важно поддерживать междисциплинарное взаимодействие со специалистами других направлений, особенно если обнаруженный симптом — сигнал к срочному действию.

В ниманию читателей представлены разборы трёх клинических случаев: анальной инконтиненции, возникшей после травматичных родов, экстра-

маммарной болезни Педжета, а также инвазивной плоскоклеточной карциномы на фоне гигантской анальной кондиломы Бушке—Левенштейна.

Комментарий SP. Во время эмбрионального развития уроректальная перегородка разделяет клоаку на передний урогенитальный синус, который даёт начало уретре и мочевому пузырю, и задний аноректум. Эти органы малого таза имеют общее происхождение и выполняют схожие роли: выступают в качестве резервуара, позволяющего хранить и своевременно эвакуировать мочу или кал, обеспечивая контролируемое опорожнение.

Тазовые органы также имеют общий каркас — тазовое дно, представленное мощными мышечными и фасциальными структурами. Иннервация тазовых органов схожа и осуществляется из одних и тех же нервных сплетений, корешков и ганглиев. У женщин средний компартмент малого таза занимают влагалище и матка, которые способствуют поддержке тазовых органов через свои тесные соединительнотканные связи с боковыми стенками таза.

Неудивительно, что анатомические и функциональные нарушения тазовых органов часто сосуществуют. Так, например, недержание мочи отмечают около половины женщин с проблемой недержания кала, и, наоборот, 20% пациенток, консультированных по поводу недержания мочи, страдают сопутствующим недержанием кала<sup>1</sup>. Пролапс органов малого таза во всех своих проявлениях (от внутренней инвагинации прямой кишки и пролабирования стенок влагалища до полностенного выпадения матки, прямой кишки и /или мочевого пузыря) приводит к нарушению эвакуации содержимого или его недержанию<sup>2</sup>. Процесс опущения и дисфункции тазового дна всегда многофакторный и сложный — и очень часто он затрагивает несколько (межных компартментов.



Рис. 1. Состояние до операции. Чётко визуализируется зияние ануса с дефектом сфинктера по передней полуокружности анального канала, полное разрушение промежностного тела, невозможность волевого (мыкания ануса.



Рис. 2. Внешний вид перианальной области через 3 мес после операции. Отсутствие зияния ануса, хороший тонус сфинктера, «высокая» промежность с восстановленным промежностным телом.

[ Нарушения тазовых органов часто сосуществуют. Недержание мочи отмечают около половины женщин с проблемой недержания кала, и, наоборот, 20% пациенток, консультированных по поводу недержания мочи, страдают сопутствующим недержанием кала. ]

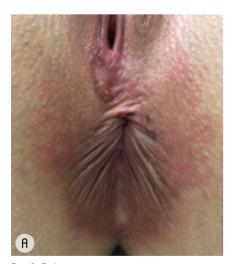




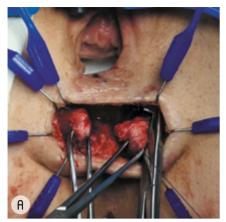
Рис. 3. Деформация промежности при акушерской травме III (A) и IV степени (Б) с разрывом сфинктеров анального канала. Выраженная вертикальная и горизонтальная асимметрия перианальной области, исчезновение промежностного тела с резким уменьшением ректовагинального промежутка.

## Клинический случай 1

Пациентка Л. 30 лет обратилась в университетскую клинику МГУ им. М.В. Ломоносова с жалобами на полное недержание стула и газов. В анамнезе у женщины две беременности без осложнений со стороны плода или матери и двое самопроизвольных родов. Масса первого ребёнка при рождении составила 3800 г, второго — 4200 г. Во время первых родов был диагностирован разрыв промежности І степени (травматическое повреждение слизистой оболочки влагалища и кожи промежности без вовлечения мышечного комплекса и прямой кишки), во время вторых ситуация усугубилась, и произошёл разрыв промежности III степени. В раннем послеродовом периоде пациентка начала отмечать недеожание газов и жидкого стула. При физикальном осмотре обращают на себя внимание зияние анціа, выраженная асимметрия промежности (рис. 1), а также дефект сфинктеров, определяемый пальпаторно.

Дополнительное предоперационное обследование включило трансректальное УЗИ, электромиографию и оценку по шкале инконтиненции Векснера (Wexner incontinence score). 3D-трансректальное УЗИ показало <del>на</del>личие выраженных рубцовых изменений, которые замещали все порции наружного сфинктера, дистальную и среднюю треть — внутреннего по передней полуокружности, а также затрагивали преддверие влагалища. Электромиография выявила увеличение периода проведения возбуждения по двигательным волокнам полового нерва, что свидетельствует о сочетанной форме анального недержания — травматической и нейрогенной. Оценка по шкале инконтиненции Векснера составила 18 баллов, что говорит о почти максимально возможном недержании всех компонентов кишечного содержимого.

В университетской клинике МГУ им. М.В. Ломоносова пациентке выполнили переднюю сфинктеролеваторопластику. Послеоперационный период протекал без осложнений — не потребовалось ни формирования кишечной стомы, ни строгого ограничения активности и диеты пациентки. Дренаж уда-





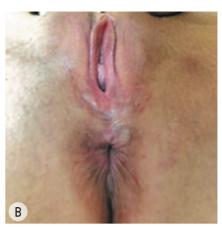


Рис. Ч. Результат сфинктеропластики пациентки с акушерской травмой промежности. А — этап мобилизации краёв дефекта сфинктеров анального канала; Б — вид послеоперационной раны сразу после окончания операции; В — вид области вмешательства через 2 мес после операции. Симметрия анального канала восстановлена. Выполнена реконструкция промежности с формированием «высокого» ректовагинального промежутка, полностью восстановлено анальное держание.

лили на 4-е сутки. Пациентку выписали из стационара на 7-е сутки после хирургического вмешательства в удовлетворительном состоянии.

Через 3 мес после операции на контрольном осмотре было отмечено полное купирование беспокоивших пациентку ранее симптомов инконтиненции. Определён хороший тонус сфинктерного аппарата прямой кишки, отсутствие какихлибо анатомических дефектов (рис. 2). Оценка степени анального недержания по шкале инконтиненции Векснера составила 2 балла.

#### Клинический случай 2

Пациентка (возраст 71 год) обратилась с жалобами на поражение кожи перианальной области, выраженные боли во время и вне дефекации. Первые симптомы заболевания появились более 3 лет назад — на коже перианальной области образовалось зудящее мокнущее пятно, которое постепенно распространялось центробежно.

Лечилась самостоятельно, используя различные аптечные кремы и мази, но эффекта не было. Длительное применение системных антимикотических препаратов также не приводило к положительным изменениям. Из сопутствующих заболеваний — артериальная гипертензия II степени, хорошо контролируемая медикаментозно.

Комментарий SP. Промежность и перианальная область женщин в определённые периоды жизни претерпевают выраженные перегрузки, в результате которых может повреждаться не только кожный покров, но и подлежащие карка(ные структуры, играющие важнейшую роль в состоятельности тазового дна (анальные сфинктеры, мышцы тазового дна и промежности). Особое внимание акушеры-гинекологи должны обращать на акушерские травмы промежности, поскольку во многом от их своевременной коррекции, предпринятой ещё в роддоме, зависят благополучный исход и высокое качество пациенток в будущем.

Так, пропущенные или плохо восстановленные разрывы тканей грозят не только эстетическими рубцовыми изменениями перианальной области, но и развитием более драматического осложнения —  $\frac{\partial H \partial \Pi}{\partial H}$  ИНКОНТИНЕНЦИИ<sup>3</sup>. Её основной причиной у женщин считают Травму  $\frac{\partial H \partial \Pi}{\partial H}$  ( $\frac{\partial H \partial \Pi}{\partial H}$  НТазового  $\frac{\partial H \partial \Pi}{\partial H}$  во время естественных родов. Риск нередко возрастает при использовании щипцов и вакуум-экстракции, медиальной эпизиотомии, массе плода более  $\frac{\partial \Pi}{\partial H}$  Качество жизни таких пациенток катастрофически ухудшается — невозможна даже минимальная адаптация к этой проблеме.

Диагностика анальной инконтиненции основана на осмотре пациентки, при котором практически всегда выявляют рубцовую деформацию и асимметрию промежности с исчезновением промежностного тела (рис. 3) и определяемым при пальпации повреждением мышечного каркаса анального канала.

Факт развития анальной инконтиненции после вагинальных родов — патогномоничный симптом акушерской травмы. Остаётся только выяснить преобладающий патогенетический фактор: нейрогенный (травма нервов анального канала), механический (повреждение мышечного каркаса) или смешанный. С этой целью выполняют электромиографию с определением скорости проведения импульса по половому нерву и трансректальное УЗИ для выявления дефекта анальных сфинктеров<sup>7,8</sup>.

При наличии дефекта первым этапом приступают к ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ СФИНКТЕРНОГО КОМПЛЕКСА, что позволяет устранить недержание и достичь прекрасных косметических результатов у 90% пациенток (рис. 4).

При нейрогенном характере повреждения после неуспешных консервативных мероприятий выполняют (ТИМУЛЯЦИЮ (аКральных нервов — эту манипуляцию считают наиболее эффективной и безопасной для коррекции нейрогенного недержания.

[ Плохо восстановленные разрывы тканей грозят не только эстетическими рубцовыми изменениями перианальной области, но и развитием более драматического осложнения — анальной инконтиненции. ]

{Casuistica}

Локально: в перианальной области, преимущественно в проекции ректовагинальной перегородки, имелся чётко очерченный умеренно инфильтрированный патологический очаг с обильными наложениями с трудом снимающегося плотного белесоватого налёта (рис. 5). На стороне очага, прилежащей к анусу, наблюдали перианальную трещину с грубыми фиброзными краями, резко болезненную при пальпации. Морфологическое исследование биоптата очага на границе с неизменённой тканью подтвердило наличие экстрамаммарной болезни Пержета.

Учитывая выраженный болевой синдром, принимая во внимание ограниченность поражения кожных покровов, выполнили хирургическое иссечение очага в пределах неизменённой дермы без применения пластических методов закрытия раны (рис. 6).



Рис. 5. Вид очага при первичном обращении.

Комментарий SP. В числе элокачественных заболеваний могут встречаться различные варианты Карциномы перианальной области, которые часто бывает сложно отличить от дерматологических и воспалительных гинекологических заболеваний. В связи с этим важно всегда обращать особое внимание на другие проявления, например на асимметричные очаси, которые не отвечают на традиционную терапию.

Эпидермоидную Карциному перианальной области можно спутать с простым кожным пятном, и только уплотнение в его основании, обнаруженное при пальпации, может вызвать подозрение о наличии опухоли. В любых сомнительных случаях необходимо выполнять гистологическое исследование и даже повторять его, если результат оказался отрицательным.

Веррукозная карцинома перианальной области может напоминать остроконечные кондиломы. Для подтверждения диагноза и назначения лечения необходимо выполнить биопсию.

В описываемом клиническом случае явно присутствовал воспалительный компонент, беспокоивший пациентку, что, по всей видимости, вызвало подозрение на рецидивирующий вульвовагинит или вульвит. Однако ни местное лечение, ни длительное системное применение антимикотиков не оказывало эффекта. Подобные терапевтические «неудачи» также должны насторожить врача и побудить к новым диагностическим поискам причин сохранения симптомов.

Одно из онкозаболеваний перианальной области — ЭКСТРаМаММарная болезнь Педжета, схожая с поражающей область груди маммарной болезнью Педжета. Это редкое состояние — карцинома протоков апокринных потовых желёз. Она поражает аногенитальную область пожилых мужчин и женщин. При вовлечении перианальной области наблюдают очень медленно прогрессирующее УНИЛАТЕРАЛЬНОЕ ЭРИТЕМАТОЗНОЕ ПЯТНО. «Золотой стандарт» диагностики — гистологическое исследование патологического очага. Основной метод лечения — хирургическая резекция<sup>9</sup>.

#### Клинический случай 3

Пациентка М. 67 лет обратилась с жалобами на наличие крупного малоболезненного образования в перианальной области (рис. 7). Локально при осмотре обнаружили крупное опухолевое папилломатозное образование размерами 20×19×17 см, прилежащее к анусу и во-

влекающее правую половую губу. В центре опухоли наблюдали очаг уплотнения, подозрительный в отношении малигнизации. Пальпаторно отмечали наличие инвазивного компонента образования, распространяющегося в глубь ишиоректальной жировой клетчатки.

По результатам исследования биоптата новообразования был гистологически диагностирован инвазивный плоскоклеточный рак кожи на фоне ги-







Рис. б. Внешний вид перианальной области после операции. А — вид послеоперационной раны после первичного радикального иссечения очага; Б — послеоперационная рана на 5-е сутки: единичные грануляции с обильными наложениями фибрина; В — полностью очищенная гранулирующая рана с признаками активной эпителизации.



Рис. 7. Внешний вид перианальной области при первичном обращении.

гантской анальной кондиломы Бушке— Левенштейна. Пациентке выполнили тотальное иссечение образования в пределах эдоровых тканей с пластическим закрытием раневого дефекта перемещёнными лоскутами (рис. 8).



Женщины с колоректальными заболеваниями и манифестирующими в перианальной области нарушениями — не безликие пациентки со страниц медицинских журналов с описанием редких клинических случаев. Каждый акущер-гинеколог в любой момент может увидеть их у себя на приёме в женской консультации. И в этом случае важно обратить внимание на нестандартные, но

Комментарий SP. Некоторые гинекологические онкологические заболевания весьма значимы и для колопроктологов, поскольку они могут ПОРДЖАТЬ (МЕЖНЫЕ ОРГАНЫ МАЛОГО Таза. Так, рак шейки матки, ассоциированный с инфекцией вирусом папилломы человека (ВПЧ), как и рак анального канала 10, может прогрессировать в любом направлении: латерально — в параметрий, краниально — в матку, каудально — во влагалище, кпереди — в мочевой пузырь и кзади — в прямую кишку.

В частности, описываемая выше кондилома Бушке—Левенштейна представляет собой разновидность остроконечной кондиломы, для которой характерны большие размеры, прогрессирующий рост с разрушением окружающих тканей, высокая частота рецидивов даже после успешного лечения и, самое главное, риск перерождения в плоскоклеточный рак кожи. Развитие этого заболевания обусловлено ВПЧ преимущественного 6-го и 11-го типов. В числе провоцирующих факторов — травматизация, половые инфекции, снижение иммунитета, несоблюдение мер гигиены<sup>11</sup>.

Ещё одно пролиферативное заболевание, которое не стоит упускать из виду, — ЭН-90Метриоз. При вовлечении брюшины ректосигмоидного отдела толстой кишки в патологический процесс возможна 60лезненная дефекация. Глубокий эндометриоз — это наиболее агрессивная форма заболевания с инвазивным прорастанием в ректовагинальную перегородку, влагалище, иные соседние органы и структуры 12. Его симптомы включают ТЯЖЁЛУЮ диспареунию, дисхезию, а иногда и ректоррагию.

Основа ведения глубокого эндометриоза при неэффективности медикаментозного лечения заболевания или сохраняющемся бесплодии — ПОЛНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ИССЕЧЕНИЕ ОЧАГОВ поражения, иногда требующее резекции прямой кишки при обширном её вовлечении. В зависимости от размеров эндометриоидного инфильтрата и глубины инвазии в кишку хирург может выполнить Шейвинг (поверхностное «сбривание» поражений без вскрытия просвета кишки), QИСКОВИЗНОЮ резекцию участка передней стенки кишки либо удалить (егмент кишки с формированием первичного анастомоза 13,14.

В ряде случаев практически невозможно визуально или пальпаторно оценить точную глубину инвазии в соседние структуры и отличить воспалительный процесс с активными опухолевыми клетками от фиброзно изменённых тканей. Иногда врачам приходится прибегать к мультивисцеральным резекциям окружающих органов (мочеточников, петель кишечника и др.), что требует привлечения (Межных специалистов.

тревожные симптомы. А далее — обеспечить скорейшую дифференциальную диагностику и адекватное лечение в рамках междисциплинарного взаимо-действия с проктологами, специалистами по колоректальной хирургии и дерматовенерологами. Это единственная

возможность оптимизировать ведение больных как с дефектами тазового дна, так и с иными «соседними» патологическими состояниями.

Библиографию см. на с. 94-102.







Рис. 8. Внешний вид перианальной области после операции. А — интраоперационный дефект кожных покровов; Б — послеоперационная рана сразу после вмешательства; В — послеоперационная рана на 7-е сутки после вмешательства.

#### ВРЕМЯ ВЫЙТИ ИЗ ТЕНИ!



#### ПЕРЕКЛИЧКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ПОД ЭГИДОЙ МАРС: ИТОГИ ЗА 2020 ГОД

#### **44** ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРА ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В ПЕРЕКЛИЧКЕ В 2020 ГОДУ!

Чтобы обеспечить бо́льшую объективность рейтинга, с 2019 года МАРС проводит отдельный анализ работы областных и городских перинатальных центров.

STOADCE H

Смысл подобного разделения очевиден: именно областные перинатальные центры осуществляют мониторинг беременных всего региона целиком, именно на них возложена ответственность за организационную и методическую поддержку службы родовспоможения всей территории, к ним чаще всего направляют и везут самых сложных беременных и родильниц. С них больше спрос — и показатели у них обязаны быть хуже, чем в городских перинатальных центрах (что мы и видим по итогам 2020 года).



	1			Количество родов в пери- натальном центре (п)	Доля преждевре- менных родов (%)		Оперативные роды в перинатальном центре		Перинатальная смертность
							Доля оператив- ных родов (%)	КЭКС*	(‰)
Областные перинатальные центры	Волгоградский областной клинический перинатальный			4298	В перинатальном центре	15,9	39,6	1,1	7,2
			<b>2</b> (68 баллов)	00	В регионе	6,2			
			перинатальный <mark>1.Д. Евтушенко</mark> баллов)	3277	В перинатальном центре	11,7	42,2	4,5	3,4
		(67			В регионе	6,3			
	Перинатальный центр Воронежской областной клинической больницы №1		6069	В перинатальном центре	12,6	20,9	1	10,4	
	клині	(66 баллов)		5555	В регионе	5,3			
Городские перинатальные центры	Перинатальный центр городской клинической больницы №29 им. Н.Э. Баумана (70 баллов)		11 009	В перинатальном центре	4,3	21,3	14	2,7	
			<mark>мана</mark> (70 баллов)		В регионе	_			
	Перинатальный центр Сар ской городской клиничес больницы №8 (69 балло			5875	В перинатальном центре	7,1	30,7	3,7	4,4
			<b>№8</b> (69 баллов)		В регионе	6,9			
	пе	ерината	новский ильный центр баллов)	6133	В перинатальном центре	6,7	31,6	3,7	4,3
					В регионе	5,7			

вывод:

Перекличку перинатальных центров под эгидой МАРС, проходящую уже 8 лет, эффективные руководители рассматривают как крайне полезный инструмент своей работы. Перекличка позволяет увидеть свои результаты «со стороны», «в масштабе», сравнить с результатами коллег. Ежегодное обсуждение в Сочи всегда мотивирует к развитию и внедрению нового, показывает пути, как можно преодолевать непреодолимое, — всем участникам независимо от места в рейтинге.