

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#2 [76] 04 / 2021 / StatusPraesens



тема
«Риски **No**
ПОД КОНТРОЛЕМ:

ЭКСТРИМ
как рутина»



Главный тренд акушерства XXI века — предиктивность! • Как диагностировать, если обследование не входит в базовую программу ОМС? Алгоритм действий • Аневризма/расползание матки и разрыв матки по рубцу — в чём отличия? • Акушер-гинеколог и онколог: междисциплинарное взаимодействие или разграничение зон ответственности? • Клинический случай эктопической беременности с юридическим разбором: ретроспективный анализ ситуации



Дорогие коллеги!

Начало мая для всех жителей нашей страны — не просто череда праздничных дней, это особенное время года, когда мы можем подвести **промежуточные итоги**, наметить **новые цели**. Это период, когда мы позволяем себе небольшую передышку и стараемся **«зарядить батарейки»**, ведь работа требует от каждого специалиста огромной самоотдачи. В мае мы отмечаем воистину всенародный праздник — **День Победы**, когда вспоминаем всех тех, кому обязаны жизнью, в том числе коллег, которые героическими усилиями приближали этот день на фронтах и в тылу.

Благодаря современным достижениям в различных областях медицины мы имеем гораздо **бóльшие возможности**, чем наши предшественники. У нас на вооружении — современное оборудование, фантастические технологии и высокоэффективные лекарственные средства. Одновременно мы сталкиваемся с новыми вызовами, и у нас, живущих в мирное время, тоже **есть свой фронт**.

Пандемия COVID-19 заставила вспомнить принципы военно-полевой медицины и **объединить все силы** и средства для борьбы с новым врагом, не знающим границ. И здесь акушеры-гинекологи вновь оказались на передовой. Сейчас враг постепенно отступает, хотя и «с боями», а нас ждут другие серьезные задачи. Прежде всего в зоне нашей ответственности — **сохранение репродуктивного потенциала** России в условиях продолжающегося демографического кризиса. Эта задача не из лёгких, но мы обязательно справимся!

Желаю вам здоровья, уверенности в своих силах и профессиональных побед!

Руководитель отдела охраны
репродуктивного здоровья
Научного центра проблем
здоровья семьи и репродукции человека,
докт. мед. наук, проф. Л.В. **Сутурина**

Status

гинекология акушерство

2 [76] 04 / 2021 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



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

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

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

Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов

Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

Аппарат ответственного секретаря редакции: Надежда Михайловна Васильева,

Мария Викторовна Кириченко, Ольга Викторовна Еремеева

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

Медицинские и литературные редакторы: Ольга Быкова, Юлия Бриль, Ольга Раевская, Мила Мартынова, Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва, Полина Солтыс

Препресс-директор: Нелли Демкова

Руководитель группы дизайна: Абдулатип Латипов

Выпускающий редактор: Нелли Демкова

Вёрстка: Юлия Скучочкина, Галина Калинина, Елена Григорьева

Инфографика: Лина Тавдумадзе, Абдулатип Латипов, Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шibaева

Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская, Ника Кушнарченко

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

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

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 30 апреля 2021 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО «ИПК Парето-Принт», 170546, Тверская область, промышленная зона Боровлёво-1, комплекс №3А, www.pareto-print.ru. Заказ №Ф2815/21 / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак») обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдумадзе. Фото на обложке: © sveikid / Коллекция/iStock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock/ fotoboom, iStock, ТАСС-фото.

© ООО «Статус презенс»

© ООО «Медиабюро Статус презенс»

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

maesen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

- | | | |
|----|-------------------------------|--|
| 7 | СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА | Вперёд, в будущее
Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский об уроках 2020 года, перспективах и вызовах времени для акушерско-гинекологической службы |
| 10 | НОВОСТИ | |
| 13 | ШКОЛА ЮРИДИЧЕСКОЙ САМООБОРОНЫ | Всё, что было...
Интервью с проф. кафедры акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета Е.Ю. Лебененко и директором юридической компании «Правовой медицинский контроль» М.А. Агапочкиной
Иванов А.В. |
| 19 | VIA SCIENTIARUM | Остановить стихийное бедствие
Профилактика гиперпластических процессов эндометрия (по материалам выступлений проф. Е.Н. Андреевой)
Мартынова М.А. |
| 27 | ЛЕХТ-ПРОСВЕТ | Ударь и беги
Иммунопатогенез и терапия папилломавирусной инфекции
Тихомиров А.Л.

По данным Всемирной базы данных онкологических заболеваний GLOBOCAN, в прошлом году отмечено 604 тыс. новых диагнозов и 342 тыс. смертей от РШМ. На Генеральной ассамблее ВОЗ в ноябре 2020 года мир объявил «войну на уничтожение» этому онкозаболеванию. Основой Глобальной стратегии по элиминации РШМ стало именно снижение распространённости ВПЧ в популяции. |
| 32 | | Обучение и/или самосохранение?
Современная парадигма сохранения репродуктивного здоровья студентов
Хамошина М.Б., Чакчурина И.А., Артеменко Ю.С., Оразмурадова А.А., Москвичёва В.С. |
| 41 | ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ | Желания и возможности
Юридические коллизии диагностики заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин
Гомберг М.А., Дьяконов С.А., Раевская О.А. |
| 48 | | В тисках тирании
Влияние межличностного насилия на здоровье женщины и перинатальные исходы
Осипчук Д.О., Хакимова Н.Д. |

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

- 55** ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ **Управление рисками**
Прегравидарный период и профилактика акушерских осложнений (по материалам выступлений инфосессий проекта «SMART-материнство») Яцышина Д.В.
-
- 61** БЫСТРОДЕЙСТВИЕ **Когда образовалась брешь**
Нюансы клинической картины и терминологии неполного разрыва матки во время беременности и в родах. Расползание/аневризма матки Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю.
-
- 67** РАБОТА НАД ОШИБКАМИ **Контрацепция по плану «Б»**
Вопросы экстренной контрацепции на рутинном приёме акушера-гинеколога Жиленко М.И., Бриль Ю.А., Зорина Л.А.
-
- 76** **Как именно быть?**
Междисциплинарный взгляд на проблему диагностики и лечения доброкачественной дисплазии молочных желёз (по материалам выступлений проф. Т.В. Овсянниковой и проф. Г.П. Корженковой) Яцышина Д.В.
-
- 85** CONTRA-VERSION **Просто. Снять. Боль**
Эндометриоз: основы патогенетического решения с междисциплинарным подходом (по материалам выступлений проф. М.Р. Оразова и проф. И.В. Кузнецовой) Бриль Ю.А.

Боль и бесплодие — типичные гинекологические признаки эндометриоза. Эндометриозная болезнь виновна также и в психологических и психических расстройствах, которые тянет за собой тазовая боль. И по этому признаку эндометриоз составляет серьёзную конкуренцию другим болезням, неизлечимым и бьющим по качеству жизни.
-
- 93** BACK-UP **Сердце, тебе не хочется покоя!..**
Организация кардиоакушерской помощи в Самарской области Линёва О.И., Михальченко С.В., Казакова А.В., Цыганова М.А., Гулецкая Л.И.
-
- 99** CASUISTICA **Беременность в «слепой зоне»**
Юридические последствия «просмотренной» трубной беременности ранних сроков: ошибка или неизбежность? Бриль Ю.А.
-
- 104** ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

вперёд, в будущее

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
об уроках 2020 года, перспективах и вызовах времени
для акушерско-гинекологической службы



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

Наше **сегодня** в немалой степени определено событиями полуторагодовой давности. Тогда, в конце 2019 года, мы и представить не могли, какой огонь мирового масштаба разгорается в китайском Ухане. **Пандемия COVID-19** повлияла на состояние всей мировой системы здравоохранения, в том числе **на акушерско-гинекологическую службу**. Окончательно урон пока не подсчитан, но причин схватиться за голову уже немало.

Однако вместе с потерями мы приобрели **бесценный опыт**: научились выживать и работать в **экстремальных условиях**, находить выход из любой ситуации и придумывать решения самых сложных задач. За эти полтора года мы, как в ускоренном кино, смогли наблюдать, что **создаём своё будущее уже сегодня**. Как точно подметил американский фантаст и футуролог Брюс Стерлинг, «...тот, кто сумеет нарисовать детальную и полностью адекватную картину будущего, просто не может быть человеком — это волшебник». Такому мастерству предстоит учиться всем нам, ведь **будущее — это тщательно обезвреженное настоящее**.

Мы не можем оставаться безучастными к результатам деятельности акушерской службы в 2020 году, в период пандемии COVID-19. Всем понятны **прямые потери** от этой инфекции, но есть и **непрямые**, обусловленные поздним обращением, запоздалой диагностикой, несвоевременной терапией и родоразрешением. И всё это на фоне пандемии до конца неизученной коронавирусной инфекции, очень опасной как по темпам распространения, так и по многочисленным отдалённым постковидным осложнениям. Для изучения последних (которых оказалось гораздо больше, чем мы считали ранее) ВОЗ создала специальную рабочую группу.

Основные медицинские организации борьбы за репродуктивное здоровье, за здоровое потомство — **перинатальные центры**. И они же первыми были **перепрофилированы** в ковидные госпитали. Это была насущная **необходимость** для жителей регионов, для больных новой коронавирусной инфекцией, нуждающихся в срочной медицинской помощи в **современном** медицинском учреждении. А ведь по всей стране ничего более оснащённого, чем перинатальные центры, в последние годы построено или реконструировано не было.

[За последние 10–15 лет контингент пациенток акушера-гинеколога кардинально изменился. Средний возраст первых родов в России достиг 31 года. Это было прогнозируемое явление.]

И, проявив гражданское мужество (не побоясь высокого штиля), готовность к переобучению и расширению своего профессионального потенциала, сотрудники перинатальных центров отстояли бой на передовой войны с COVID-19. А после стихания волн пандемии большинство учреждений III уровня **вернулись к нормальной жизни** и продолжили борьбу за репродуктивное будущее нашей страны. За что им всем огромное спасибо и **признательность** коллег и всего общества.

За последние 10–15 лет **контингент пациенток** акушера-гинеколога кардинально изменился. Средний возраст первых родов в России достиг 31 года. Это было прогнозируемое явление — смена репродуктивного поведения и отложенное деторождение стали неотъемлемыми признаками цивилизации во всём мире. Вся Европа и экономически развитые страны других континентов давно переживают **процесс депопуляции**.

[Ожирение — не менее опасная и страшная пандемия, чем «ковидная». Вместе с метаболическим синдромом — это предикторы девяти смертельных заболеваний и многих нарушений репродуктивного здоровья.]

Сегодня женщины намерены получить образование, начать работать и укрепить экономический базис до рождения ребёнка. Поэтому часто роды планируют после 30 лет, а россиянки с высшим образованием, со степенью кандидата наук, устремлённые вверх по карьерной лестнице, — на ещё более поздний возраст. Однако это влечёт накопление не только жизненного опыта и финансовых ресурсов, но и **гинекологических и экстрагенитальных заболеваний**. А это уже интегральный фактор всех акушерских и перинатальных рисков.

Проблема заключается не только в том, чтобы помочь супружеской паре, «затянувшей» с родительство, преодолеть бесплодие, доносить беременность и безопасно родить, но и в **угрозах для здоровья потомков**. У женщин старше 35–37 лет и мужчин после 40–45 лет **ухудшается качество гамет**,

что сказывается на риске шизофрении, болезни Альцгеймера, аутизма, онкологических заболеваний, хромосомных нарушений у детей¹.

Помимо повышения среднего возраста рожениц, увеличился и их средний вес. Масса тела начинает нарастать уже с детства и пубертата, причём у 80% подростков с избыточным весом он сохраняется на всю жизнь. Результат печальный — каждая третья беременная имеет **ожирение**. А дальше ситуация только **усугубляется**: к периоду постменопаузы до 60% женщин имеют индекс массы тела более 30 кг/м².

Ожирение — не менее опасная и страшная по последствиям пандемия, чем «ковидная». Метаболический синдром и избыточная масса тела — это предикторы и факторы риска девяти смертельных заболеваний и многих нарушений репродуктивного здоровья. Между тем **лечение ожирения** не предполагает использования каких-

то чудодейственных средств. Нивелировать этот и ряд других факторов риска можно за счёт **терапевтической модификации образа жизни**: уменьшения калорийности потребляемой пищи и увеличения двигательной активности. Однако небрежное отношение к своему здоровью характерно даже для населения тех стран, где, казалось бы, есть «мода на здоровый образ жизни». Число людей, соблюдающих рациональное питание, посещающих фитнес-центры, бассейны, спортивные площадки, в городах не превышает 12%, а в сельской местности — 2%. Физический труд не заменяет физическую культуру, а погрешности питания, образа жизни — данность и для городского, и для сельского населения. Поэтому **рассчитывать на снижение** количества ожиревших пациенток не приходится: их число растёт и, к сожалению, будет расти.

Наряду с другими риск-факторами (сахарный диабет, артериальная гипертензия) ожирение напрямую связано со **злокачественным поражением** слизистой оболочки матки. Сегодня **рак эндометрия** можно считать реальной трагедией 20-х годов XXI века. Теоретически самый доброкачественный из всех раков, существующих в мире, в последние 3 года «обогнал» рак шейки матки и вышел на второе место в структуре гинекологических онкозаболеваний, уступив только раку молочной железы². А ведь всё, что надо для спасения женщины от рака эндометрия, — это застать болезнь на **ранних стадиях** и вовремя удалить матку: в такой идеальной ситуации не потребуются ни облучение, ни химиотерапия.

К сожалению, работающего инструмента для **широкого популяционного обследования** на рак эндометрия нет ни в России, ни в мире. Даже раздельное диагностическое выскабливание, любимое многими по непонятным причинам, даёт до 42% **ложноотрицательных результатов**, особенно при отсутствии гистероскопического контроля. При выявлении аденокарциномы на обследование и подготовку женщины к хирургическому вмешательству уходит не менее 3 мес. И в течение всего этого времени раковый эндометрий, «взбудораженный» кюреткой при выскабливании «вслепую», будет **диссеминировать** по неизменной здоровой слизистой оболочке, усугубляя стадию заболевания. Хочется верить, что в XXI веке выскабливания заменятся вакуум-аспирацией и появятся **биомаркеры** рака эндометрия.

Ещё одна глобальная проблема — тотальное распространение **анемического синдрома**. За 100 лет число менструаций у женщин увеличилось с 50–70 до 400 в течение жизни, и одновременно возросло количество теряемой крови. По данным ВОЗ, в мире анемизированы 36% наших современниц. Есть ли шансы «уговорить» их рожать пять–семь детей? Однозначно нет, а значит, последствия эколого-репродуктивного диссонанса сохранятся в обозримом будущем.

В 2017 году эксперты ВОЗ приняли **консенсус по профилактике анемии**, поддержанный большинством стран мира, но, к сожалению, только теоретически. Согласно документу, каждая менструирующая женщина 15–49 лет, проживающая в регионе с высокой распространённостью анемического синдрома, должна 3 мес в году ежедневно получать дотацию **3Ф–6Ф мг железа** (любого — двух- или трёхвалентного)³. Однако ни одна страна мира ещё не разработала тотальную превентивную программу.

Есть огромный смысл сформировать такую программу хотя бы в отдельных регионах России и начать с **подростков**, обеспечив их **дотацией железа и фолатов**. Девушки — будущие беременные и должны быть оздоровлены в первую очередь. Это и будет доказанной профилактической мерой в отношении **анемического синдрома и дефектов нервной трубки плода**.



Ещё один большой пласт вопросов, освещённых на «Весенних чтениях», был связан с **троекратным ростом материнской смертности от послеродовых гнойно-септических осложнений**. Причина одна — **антибиотикорезистентность**.

Нерациональное лечение антибактериальными средствами, без учёта чувствительности, их широкое применение в животноводстве, попадание в почву и в произрастающие на ней растения — всё это вместе сформировало порочный круг антибиотикорезистентности микробов. А правительственная Стратегия борьбы с антибиотикорезистентностью 2017 года оказалась, увы, **провальной**.

Россия — единственная страна цивилизованного мира, где до сих пор можно купить любой антибиотик **без рецепта** практически в каждой аптеке. Этим активно пользуются наши соотечественники, в подавляющем большинстве не имеющие даже элементарных

представлений о принципах лечения. Принимая антибиотики «на всякий случай», наши граждане увеличивают и без того немалую долю лиц, у которых в скором будущем нечем будет лечить инфекционно-воспалительные осложнения.

Рекомендации ВОЗ о делении антибиотиков на три группы — это слабая попытка сдержать растущую антибиотикорезистентность, но отнюдь не радикальное решение вопроса. Надо готовиться к **будущему без антибиотиков**. В первую очередь менять отношение к вакцинации, к чему нас призывает директор НИИ антимикробной химиотерапии, ректор Смоленского медицинского университета, член-корр. РАН, проф. Роман Сергеевич Козлов. На данном этапе это наиболее **эффективный инструмент** для преодоления чудовищной по опасности ситуации с коронавирусной инфекцией. Время для вакцинации пришло.

Урок пандемии COVID-19 оказался для нас очень поучительным. Мы были вынуждены **ограничить посещение женских консультаций** беременными и ненужную госпитализацию их в ранние сроки в гинекологические стационары, обсеменённые клебсиеллой. Результаты хуже не стали. При нормальной гестации четырёх визитов к врачу достаточно, а остальные коммуникации можно организовать по телефону.

Оказалось, что измерить свой вес, артериальное давление, провести анализ на протеинурию с помощью аптечного теста, а полученные данные сообщить врачу могут сами «продвинутые» беременные. А с национальной привычкой **«полежать на сохранении»** в ранние сроки и вовсе нужно бороться на государственном уровне, поскольку доказательств пользы такой госпитализации нет во всём мире. Гестагены, положенные при угрозе невынашивания беременности по клиническим рекомендациям, имеют **одинаковый эффект** при использовании дома и в стационаре.



Дорогие коллеги! Контингент пациенток в обозримом будущем не изменится в лучшую сторону, и можно только мечтать, чтобы в худшую он тоже не менялся. **Факторы риска** (такие как ожирение, анемия, увеличение возраста первородящих, числа пациенток старшего возраста) растут и будут расти. Вместе с тем растёт **пациентский экстремизм** и/или желание «создать контент» для соцсетей на основе любой даже самой малой конфликтной ситуации в ЛПУ. Поэтому нам, врачам, надо меняться, не рассчитывая на волшебный результат санпросветработы или особую сознательность пациенток и их родственников.

Многие клиницисты это понимают. Поэтому так популярна **Школа юридической самообороны** врача. Уже тяжело находить залы, способные вместить всех желающих получить необходимые знания по вопросам медицинской юриспруденции, защиты врача от излишних судебных исков, возбуждённых гражданских и уголовных дел.

Пока у нас нет страхования профессиональной ответственности врачей, единственное, что может их защитить — **знания**. Приобретать и обновлять их нужно постоянно, чтобы быть в тренде всех современных событий. На это ориентированы образовательные проекты StatusPraesens: «Весенние чтения», «Репродуктивный потенциал России», «Уральские чтения», «Донские сезоны», «Сибирские чтения», вебинары, субботники, книги, брошюры и сам журнал StatusPraesens, где можно получить необходимую информацию в сжатом, потенциально полезном и оптимальном по объёму формате. Важный источник необходимых знаний — мобильное приложение **SPNavigator**. Оно обеспечивает **круглосуточный** доступ ко всем актуальным клиническим рекомендациям и нормативным документам «одним нажатием на кнопку». В приложении публикуют новости, касающиеся акушерства и гинекологии, а также видеозаписи топовых докладов и интервью с ведущими экспертами отрасли, избранные статьи журнала. Слушайте, читайте, внедряйте! Здоровья и оптимизма всем нам! **SP**

[**Нерациональное лечение антибиотиками, их широкое применение в животноводстве, попадание в почву и растения — всё это вместе сформировало порочный круг антибиотикорезистентности микробов.**]

Библиографию см. на с. 104–110.



В тисках тирании

Влияние межличностного насилия на здоровье женщины и перинатальные исходы



Авторы: Дмитрий Олегович Осипчук, канд. мед. наук, зав. акушерским наблюдательным отделением №1 Свердловской областной детской клинической больницы; Наталья Дмитриевна Хакимова, ведущий медицинский психолог Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребёнка (Свердловской области, межрегиональной общественной организации по содействию семьям с детьми в трудной жизненной ситуации «Аистёнок» (Екатеринбург)

Копирайтинг: Мила Мартынова

Страшная история о мучителе, истязавшем и убивавшем своих жён, известна всем. Недаром прозвище Синяя Борода стало именем нарицательным — так называют мужей, **превращающих жизнь** своих «половинок» в **настоящий кошмар**. У сказки Шарля Перро счастливый конец: злодей был повержен братьями очередной потенциальной и чудом спасшейся жертвы. Однако мы живём не в сказке, и, к сожалению, подобные ситуации могут стать реальностью. Примечательно, что **случиться такое может с каждой** — с соседкой, коллегой или пришедшей на приём к врачу пациенткой. Тем не менее эта остроактуальная **проблема замалчивается** — жертвы стесняются или боятся говорить о ней, окружающие порой не знают, чем именно помочь, а никаких законодательных документов, ограждающих женщин от **домашнего насилия**, пока не разработано. Однако всё это не значит, что нужно бездействовать и оставлять таких женщин без внимания, поддержки и защиты.

Неологизмы «абыюз», «газлайтинг», «буллинг», «сталкинг» уже прочно вошли в наш лексикон. Однако их редко рассматривают в контексте **влияния на репродуктивный потенциал** и перинатальные исходы. Тема домашнего насилия в отношении женщин зачастую остаётся **за пределами внимания** практикующих акушеров-гинеколо-

гов. Несмотря на мировые тенденции, в русскоязычной специализированной литературе межличностное насилие **не принято считать** неблагоприятным фактором, который может влиять на состояние общего, психологического и репродуктивного здоровья. Тем не менее перенесённое насилие оставляет неизгладимый след в жизни женщины, и по-

страдавшие от семейной или какой-либо другой тирании пациентки нуждаются в специализированной помощи. О юридических аспектах ответственности медицинской организации и вопросах выстраивания взаимодействия врачей с жертвами пойдёт речь в этой статье.

Сила vs бессилие

Насилием в отношении женщин следует считать **любой акт насилия**, совершённый на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам, включая угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или в личной жизни¹. Первопричиной насилия в отношении представительниц «слабого пола» принято считать **гендерное неравенство** и **допустимость** такого поведения.

Согласно данным ВОЗ, частота домашнего насилия варьирует в зависимости от региона и экономического уровня развития страны и составляет 23,2–37,7%. До 38% всех убийств женщин в мире совершают их партнёры².

В рамках статьи понятия «домашнее насилие» и «межличностное насилие в отношении женщин» рассматриваются как единое явление, которое **причиняет вред** и **противоречит воле** женщины. При этом **формы и проявления** причинения вреда могут быть разные³.

- Физическое насилие — поведение, приводящее к повреждениям, инвалидности, смерти, в том числе шлепки, толчки, удары ногами, захваты, любые ограничения свободы.
- Сексуальное насилие — принуждение к половому акту, сексуальный контакт без согласия, попытка изнасилования, в частности на фоне алкогольного или наркотического опьянения.
- Контроль репродуктивного или сексуального здоровья — отказ от использования презерватива или любые попытки принуждения к беременности.
- Преследование — изнуряющее или угрожающее поведение, вызывающее страх или беспокойство за собственную безопасность.

- Психологическое насилие — выражение агрессии, оскорбление, ограничение доступа к базовым ресурсам.

Существуют определённые факторы риска, которые с **большой долей вероятности** могут стать причинами межличностного насилия^{2,3}. При этом в семьях, где допустима такая ситуация, чаще наблюдают сочетание нескольких факторов.

- Невысокое социально-экономическое положение.
- Статус незамужней.
- Непостоянное место проживания.
- Юный возраст.
- Низкий уровень образованности.
- Жестокое обращение в детстве.
- Наблюдаемое насилие в отношениях между родителями.
- Употребление алкоголя и наркотических веществ.
- Терпимость к насилию и гендерному неравенству.

Аспекты:

психологические

Выявить признаки психологического насилия, в отличие от физического, непросто. Этот вид тирании подразумевает форму молчаливого и постоянного **эмоционального и морального давления**, которое при нарастающем уровне обязан-

ностей, вины и отсутствия независимости мешает человеку жить своей жизнью, заставляя его чувствовать себя никчёмным, жалким и обязанным абьюзеру всем, что у него есть.

Оставаться в отношениях с «мучителем» женщину, как правило, побуждают **собственные эмоции** и **внутренние установки**, а также внешние факторы, описанные как мнемоническое правило 7F^{4,5}.

- Fear (страх) — боязнь подвергнуть себя или близких ещё большему насилию.
 - Financial (финансы) — контроль финансов абьюзером.
 - Family (семья) — давление со стороны родственников, уговаривающих оставаться с абьюзером.
 - Father (отцовская фигура) — убежденность в необходимости наличия отца для детей.
 - Faith (вера) — следование определённой религиозной доктрине.
 - Forgiveness (прощение) — ситуация, когда абьюзер раскаивается и просит о прощении после эпизодов насилия.
 - Fatigue (истощение) — ощущение опустошённости от жизни в постоянном стрессе и от утраты самооценности.
- Нередко у людей, переживших насилие, формируются **зависимости**: возникает настойчивое и непреодолимое желание использовать различные вещества

Глоссарий

Абьюз, или абьюзивные отношения (от англ. abusive relationships — «уничтожительные отношения»), — отношения, в которых человек нарушает личные границы своего партнёра, унижает, проявляет жестокость с целью подавления воли, при этом жертва по различным причинам не может закончить это общение.

Газлайтинг — форма психологического насилия и социального паразитизма с целью заставить человека мучиться и сомневаться в адекватности своего восприятия окружающей действительности, почувствовать себя ненормальным и виноватым во всём путём манипуляций и постоянных обесценивающих шуток, обвинений и запугиваний.

Буллинг (от англ. bully — «терроризировать») — физическая или психологическая травля, агрессивное преследование одного из членов коллектива (школьников, студентов, коллег) со стороны другого или группы лиц.

Сталкинг (от англ. stalking — «преследование») — форма домогательства и запугивания жертвы, преследование, слежение и навязчивое внимание к одному человеку со стороны другого или группы людей.

(табак, алкоголь, наркотические средства^{6,7}), что **нарушает социальное функционирование** человека и приводит к различным рискованным ситуациям. Приём наркотиков становится **паттерном для облегчения психологического стресса**, связанного с насилием, что в свою очередь становится причиной развития пристрастия к вредным привычкам и ассоциированным с этим осложнениям⁸. Зачастую зависимости и симптомы нарушенного психологического здоровья сосуществуют у пациентов, столкнувшихся с насилием³.

В отношении детей, которых подвергали насилию в перинатальный период, изучены следующие эффекты^{3,9}.

- Влияние на ментальное, когнитивное и физическое здоровье, повышение риска депрессии, тревожного расстройства, низкой самооценки, рискованного поведения, гиперактивности с дефицитом внимания. Такие дети нередко импульсивны, испытывают трудности с принятием решений, социализацией и обучением, у них выше вероятность задержки нейромоторного развития, низкого уровня IQ и образовательных достижений^{9–11}.

- Повышение частоты неотложных и плановых обращений за медицинской помощью¹².

- В дальнейшем выше вероятность психического и сексуального насилия, буллинга, а во взрослой жизни в 2 раза возрастает риск участия в межличностном насилии (возможна как роль жертвы, так и абьюзера)¹³.

Значимо влияет на взрослую жизнь сексуальное насилие, перенесённое в детстве. Последствия пережитого могут проявиться только в период стресса или при воздействии триггеров. У таких пациентов **доверительно чаще** возникают зависимости и сложности при выстраивании поддерживающих отношений с семьёй и медицинским персоналом, выявляют повторные эпизоды насилия, наступают беременности в юном возрасте,

повышен риск депрессивных расстройств¹⁴.

Психологическое насилие может значительно повлиять на психику жертвы и нередко способствует развитию следующих психологических синдромов³.

Для **посттравматического синдрома (ПТС)** характерны воспоминания или навязчивые размышления о травмирующем событии, чрезмерные реакции на символы, связанные с произошедшим. Пострадавший избегает внутренних (мыслей) и внешних (людей, мест) напоминаний о случившемся. У таких людей нередко наблюдают **изменения когнитивной функции и настроения**, самообвинение, снижение интереса к приятным активностям и возможности испытывать положительные эмоции, а также возбуждение, раздражительность, проблемы со сном, чрезмерные реакции и бдительность.

При **депрессивном синдроме** отмечают снижение настроения и **потерю интереса или удовольствия**, изменение пищевого поведения, аппетита и массы тела, нарушения сна. Такие пациенты часто жалуются на усталость и утомление, трудности концентрации внимания, хотя иногда могут пребывать в психомоторном возбуждении.

Аспекты: медицинские

Перенесённое физическое и сексуальное насилие имеют ряд последствий не только для психологического состояния, но и для здоровья и дальнейшей жизни женщины¹⁵.

- Урон общему состоянию здоровья: порезы, ушибы и повреждения, в том числе разрывы внутренних органов, смерть в результате этих травм.

- Риск ИППП, а также заражения ВИЧ-инфекцией.

- Воспалительные заболевания органов малого таза.

- Нежеланное зачатие или потеря желанной беременности.

- Хроническая боль, неврологические и желудочно-кишечные расстройства, кожные заболевания, нарушения менструального цикла.

Домашнее насилие до и во время беременности повышает следующие риски^{16–20}.

- Получение недостаточной антенатальной медицинской помощи (ОШ 1,4; 95% ДИ 1,3–1,6)^{3,17,21}.

- Выкидыш, травмы плода.

- Перинатальная (СР 2,59; 95% ДИ 1,35–4,95) и неонатальная смертность (СР 2,37; 95% ДИ 1,21–4,62) по сравнению с матерями, которых не подвергали домашнему насилию¹⁶.

- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

- Преждевременные роды (ОШ 1,46; 95% ДИ 1,27–1,67) и рождение маловесных детей (ОШ 1,53; 95% ДИ 1,28–1,82)^{19,20}.

- Кесарево сечение (ОШ 1,33; 95% ДИ 1,02–1,7)¹⁹.

- В 15 раз выше риск злоупотребления алкоголем, в 9 раз — наркотическими средствами, в 3 раза выше вероятность депрессии, в 5 раз — суицида^{22,23}.

Кроме того, женщины, перенёвшие насилие до и во время гестации, достоверно чаще имеют симптомы перинатальной депрессии, тревожного расстройства, ПТС⁴. Примечательно, что факты насилия **чаще** имеют место **in utero, предшествующий беременности**, чем во время неё. Насилие в перинатальный период ассоциировано с повышением расходов на медицинскую помощь, в том числе в связи с получением помощи при неотложных госпитализациях²⁴.

Будущие матери, которых подвергают насилию, реже получают адекватную медицинскую помощь — они посещают только половину явок, а также встают на учёт после 16 нед беременности³.

Причины этого — не только продолжающаяся тирания, финансовый контроль со стороны абьюзера и внешние экономические стрессоры, но и **собственные эмоциональные барьеры** пациентки, в том числе стыд и страх, не позволяющие ей открыто говорить с окружающими о своём состоянии и просить о защите и поддержке²⁵.

[Причины позднего обращения за помощью — не только продолжающаяся тирания, финансовый контроль со стороны абьюзера, но и собственные эмоциональные барьеры пациентки, в том числе стыд и страх.]

ЖЕСТОКАЯ СТАТИСТИКА



РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН^{1,2}

23 200 женщин

в 2019 году официально сообщили о насильственных действиях со стороны члена семьи

Реальные масштабы проблемы не известны!



ОТЯГОЩАЮЩИЙ ФАКТОР

Женщины, пережившие насилие в семье, отмечают, что их партнёр часто употребляет спиртные напитки

13% несколько раз в неделю

19% ежедневно



ПОЧЕМУ ЖЕНЩИНЫ СКРЫВАЮТ ПРАВДУ?

27% не считают травму серьёзной

8% не хотят портить семейную репутацию

24% не думают, что это поможет

6% боятся развода, прекращения отношений и потери детей

16% стесняются просить о помощи

5% опасаются, что будет ещё хуже

МОЛЧАНИЕ — ЗОЛОТО?

Каждая четвёртая женщина не рассказывает о насилии со стороны партнёра

Решившие рассказать о случившемся обращаются:

73% к родственникам или друзьям

6% к врачу

10% в полицию

2% к юристу

ОБРАЗОВАНИЕ КАК ЗАЩИТА?

Доля женщин с разным уровнем образования, подвергшихся насилию, %

Вид насилия	Неполное среднее	Среднее профессиональное	Высшее
Вербальное	45	41	34
Физическое	30	22	16
Сексуальное	8	5	2

Медицинская организация **обязана информировать** территориальные органы Министерства внутренних дел о поступлении лиц, у которых при осмотре выявлены **признаки противоправных действий**: раны, переломы, **гематомы**, ушибы мягких тканей и внутренних органов, ожоги, последствия насильственных действий сексуального характера³. В связи с этим нужно отразить в медицинской документации обнаруженные повреждения, а также сам факт, что женщина сообщает о домашнем насилии.

К сожалению, доказать угрозы психологической тирании непросто, и зачастую в этих случаях оснований для обращения в органы исполнительной власти нет.

Вывод: Столкнуться с семейным насилием может **каждая женщина**, но несколько чаще ему подвергаются пациентки с низким социальным статусом и без образования. Если врач **подозревает** неблагополучную ситуацию, он должен **предложить помощь** и рассказать об организациях, поддерживающих в сложных жизненных ситуациях. При выявлении признаков жестокого обращения следует передать сведения в органы МВД.

1. Женщины и мужчины России. 2020: Стат. сб. / Росстат. М., 2020. 239 с.; 2. Репродуктивное здоровье населения России. Резюме отчёта, 2011. — URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdravo-2011.pdf; 3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. N565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий».

Аспекты: юридические

В настоящее время в нашей стране **нет закона** о домашнем насилии, хотя необходимость в нём не вызывает сомнений в обществе. Законопроект, поданный на рассмотрение в Государственную думу ещё в 2019 году, вызвал массу разногласий между политиками, юристами, представителями РПЦ и общественными деятелями²⁶. Впрочем, тема социальной поддержки всё чаще звучит в СМИ. Президент РФ, обращаясь к Федеральному собранию 21 апреля 2021 года, выделил проблему помощи материнству и детству **как приоритетную**. Надеемся, что вскоре правовые аспекты защиты женщин будут урегулированы.

Тем не менее в соответствии с действующими нормативными актами медицинская организация **обязана информировать** территориальные органы Министерства внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении лиц, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что **вред их здоровью причинён** в результате **противоправных действий**^{4,5}. С согласия пациентки необходимо привлечь психолога и специалиста кризисного центра.

В связи с этим следует также **отразить в медицинской документации** выявленные повреждения (их характер, локализацию, механизм повреждения), а кроме того информацию о домашнем насилии, если женщина сообщает об этом. Признаки физического и сексуального воздействия (ссадины, гематомы, ушибы, частичное отсутствие волос, ожоги, переломы и др.), как правило, **очевидны**, и их легко обнаружить при осмотре пациентки. К сожалению, юридических оснований для сообщения о других видах нефизического насилия в органы исполнительной власти нет.

Просто поговори с ней!

Домашнее насилие чаще имеет **регулярный и повторяющийся**, нежели эпизодический характер. Пациентка, помимо всего прочего, испытывает постоянный страх потенциальной тирании в будущем, что сказывается на её состоянии²⁷. Информированность медицинских работников

о влиянии домашнего насилия на здоровье женщин и детей во многих ситуациях может определить **доступность и качество медицинской и социальной помощи**.

Выявить факт насилия над женщиной можно в ходе оказания медицинской помощи, задав ей несколько наводящих стандартизированных вопросов^{18,28}, особенно если **есть признаки, вызывающие подозрения** о фактах домашнего насилия⁵.

- Поздняя постановка на учёт и пропуск посещения врача.
- Повторные обращения с неспецифическими жалобами, нежелание выписываться из стационара.
- Постоянное нахождение партнёра рядом, что ассоциировано со страхом и подавленностью пациентки.
- Признаки физического насилия (синяки, ссадины), а также неправдоподобная информация о механизме повреждения (упала во время прогулки с собакой и др.).
- Сообщение о насилии в отношении детей.

[Домашнее насилие чаще имеет регулярный, нежели эпизодический характер. Пациентка, помимо всего прочего, испытывает постоянный страх потенциальной тирании в будущем, что сказывается на её состоянии.]

Для скрининга на факты насилия в течение последнего года можно использовать так называемый экран **оценки жестокого обращения** (Abuse Assessment Screen, AAS)²⁹. Разговаривать с женщиной необходимо в отдельном помещении без свидетелей, сопровождающих и тем более без абьюзера³⁰. Вопросы о домашнем насилии следует задавать после установления терапевтического контакта с пациенткой прямо и без осуждения, с уважением и поддержкой⁵.

- Вы когда-нибудь подвергались эмоциональному или физическому насилию со стороны вашего партнёра?
- В течение последнего года вас били, толкали или как-то по-другому причиняли боль?
- С тех пор как вы забеременели, применяли ли к вам физическое насилие?
- В течение последнего года вас принуждали к половому контакту?
- Вы боитесь своего партнёра?

Кроме того, необходимо уточнить, **как часто** возникают эпизоды насилия, кто из близкого окружения знает об этом, кто может оказаться рядом и защитить в случае повторения такой ситуации, рассказать о рисках для здоровья самой женщины и её ребёнка. Соблюдая меры предосторожности, важно предложить пациентке ознакомиться с информационным изданием об организациях, работа которых направлена на **защиту прав и оказание помощи** матерям с детьми, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Стоит учитывать, что реакция партнёра на случайно обнаруженный буклет может быть непредсказуемой.

В разговоре с пациенткой важно учитывать некоторые особенности³⁰.

- Дать женщине возможность рассказать свою историю: пусть она знает, что ей **верят и хотят выслушать**.
- Помочь ей **осознать свои чувства**: поддержать её право на гнев, не отрицать ни одно из её чувств.

• Быть внимательным к различиям между представительницами **разных национальностей, культур и классов**: следует избегать стереотипных мнений, поскольку у каждой женщины свой жизненный опыт.

• Уважать культурные ценности и верования, оказывающие влияние на поведение женщины: не забывать, что эти представления в прошлом могли быть для неё источником спокойствия и уверенности, именно потому **не следует принижать их значения**.

• Помнить про различия между сельской и городской жительницей, в частности о физической изоляции и особых культурных ценностях первой.

• Знать, что пациентку не нужно спасать: **важно просто помочь** ей оценить собственные ресурсы и систему поддержки.

Пути отступления

При выявлении факта насилия необходимо составить безопасный план, который зависит от запроса и ожиданий пациентки.

Если женщина **не готова завершить отношения** с партнёром, то правила безопасности должны быть следующими³.

- Определить безопасную территорию (соседи, близкие, родственники).
- Подготовить копии/оригиналы важных документов, копии ключей, оставить их в доступном месте (желательно за пределами квартиры, например у родственников), откуда потом можно взять.
- Обсудить альтернативную контрацепцию и вопросы репродуктивного здоровья, а также план побега, если он понадобится, включая список вещей, которые необходимо взять с собой.
- Предоставить контакты организаций, готовых помочь при необходимости.

При **желании женщины завершить отношения** важно сделать это максимально безопасно. Возможно, потребуется связаться со специализированными государственными и общественными организациями, готовыми предоставить жильё, одежду, продукты питания, оказать юридическую, социальную и психологическую помощь.

Если **отношения завершились недавно**, женщина по-прежнему может оставаться в зоне риска, в связи с чем важно помочь ей обеспечить для неё и её детей максимально безопасные условия.

- Предоставить листовку с контактами организаций, готовых помочь даже в случае экстренной ситуации.
- Предложить изменить привычные маршруты.
- Обсудить вопросы безопасности: сменить место проживания (или хотя бы замки на входной двери), перевести детей в другую школу и детский сад или обеспечить им сопровождение, предупредить соседей, членов семьи, коллег о необходимости вмешаться, если это будет нужно, например, договориться об условных знаках — сообщении на телефон, стуке по батарее, определённом количестве звонков в дверь.



Готовность медицинских специалистов оказать своевременную помощь и поддержку пациентке, находящейся в трудной жизненной ситуации, определяют **не только человеческими качествами** (гуманизмом, состраданием), но и коммуникативными способностями. Руководством к действию в этой ситуации могли бы служить клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациенткам, которые столкнулись с насилием, но в настоящее время в России таких руководств нет^{31,32}. По этой причине любое освещение значения последствий домашнего насилия, равно как и особенностей взаимодействия с женщинами, подверженными ему, делает эту тему видимой и даёт возможность врачам выстраивать **доверительный контакт** с ними. **SP**

Библиографию см. на с. 104–110.



ПРИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ И МАСТОДИНИИ



Включен
в клинические
рекомендации
по ДДМЖ*



Рег. ул.: П N014026/01 от 09.10.2007;
П N014026/02 от 09.10.2007

РЕКЛАМА

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

Растительный негормональный препарат

Мастодион®

- Помогает в лечении мастопатии
- Способствует уменьшению болезненности в молочных железах
- Поддерживает гормональный баланс^{1,2}

ПРИРОДА. НАУКА. ЗДОРОВЬЕ.

*Доброкачественная дисплазия молочной железы». 2020.
http://cr.rosminzdrav.ru/#1/schema/1027. Доступ: 26.02.2021

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

когда образовалась брешь

Нюансы клинической картины и терминологии неполного разрыва матки во время беременности и в родах.

Расползание/аневризма матки



Авторы: Галина Михайловна **Савельева**, засл. деятель науки РФ, Герой Труда РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, почётный проф. кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, вице-президент РОАГ; Марк Аркадьевич **Курцер**, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. той же кафедрой; Ирина Юрьевна **Бреслав**, докт. мед. наук, зав. отделением патологии беременных клинического госпиталя MD Group (Москва)

Копирайтинг: Мила Мартынова

Иногда то, чему природой предназначено быть прочным и сильным, при наличии предрасполагающих факторов может потерять свои защитные свойства и разрушиться. Например, паутина — уникальный материал, обладающий **удивительной прочностью и эластичностью**. Она хотя и намного легче, но прочнее стали: предельное напряжение паутинной нити на разрыв составляет 1,1–2,7 ГПа, тогда как у стали — всего 0,4–1,5 ГПа¹. И несмотря на то, что сплетённая пауком верёвочка могла бы выдержать вес около 260 кг, она **легко рвётся от прикосновения** руки человека.

Ушитый хирургом разрез на матке, может быть, и уступает в прочности здоровому миометрию, но в большинстве случаев **позволяет выдержать силу натяжения**, возникающую при схватках и даже при потугах. Однако в некоторых ситуациях картина прямо противоположна — рубцовая ткань истончается и исчезает на фоне абсолютно спокойно протекающей беременности. Загадка, **способная поставить в тупик** даже опытного хирурга, — после тяжёлого, технически сложного вмешательства с послеоперационными осложнениями формируется прочный рубец, но после неосложнённого, с идеальным сопоставлением тканей вмешательства — одна его видимость. Такая спокойная на первый взгляд ситуация может в любой момент стать проблемой для акушера-гинеколога, работающего в стационаре, поликлинике или женской консультации, потребовав **неотложной помощи**. Что мы знаем о разрывах матки в настоящее время?

Где тонко — там рвётся

Изменившийся **спектр этиологии** разрывов матки — сегодня лидирующие позиции занимает разрыв матки по имеющемуся рубцу² — нарушил прежнюю, считавшуюся «классической» клиническую картину этого осложнения беременности. Нет также однородности **механики процесса** нарушения целостности рубца — это зависит от конкретной дислокации, объёма рассечения и состояния ткани.

Несмотря на огромный рост количества беременных с рубцами на матке, наблюдаемый в последние десятилетия, провести качественный статистический анализ непросто — в мире **отсутствует единая классификация** разрывов матки, а также нет общепринятых терминов, характеризующих тот или иной вариант. Всё это приводит к тому, что сложно,

а иногда и вовсе невозможно, сопоставить данные не то что по разным странам, а даже по различным учреждениям в пределах одного государства.

Универсальной подробной классификации разрывов матки, аналогичной разработанной в середине XX века Л.С. Персианиновым^{3,4}, в настоящее время в общепринятом обороте не существует, поэтому приходится опираться на несколько вариантов. За рубежом часто используют дихотомическую классификацию⁵.

- Разрыв матки без рубца (Rupture of unscarred uterus).
- Разрыв матки с рубцом (Rupture of scarred uterus).

По другой распространённой классификации разрыв матки может быть:

- первичным (primary uterine rupture);
- вторичным — при наличии рубца, травме или врождённой аномалии миометрия (secondary uterine rupture)^{6–9}.

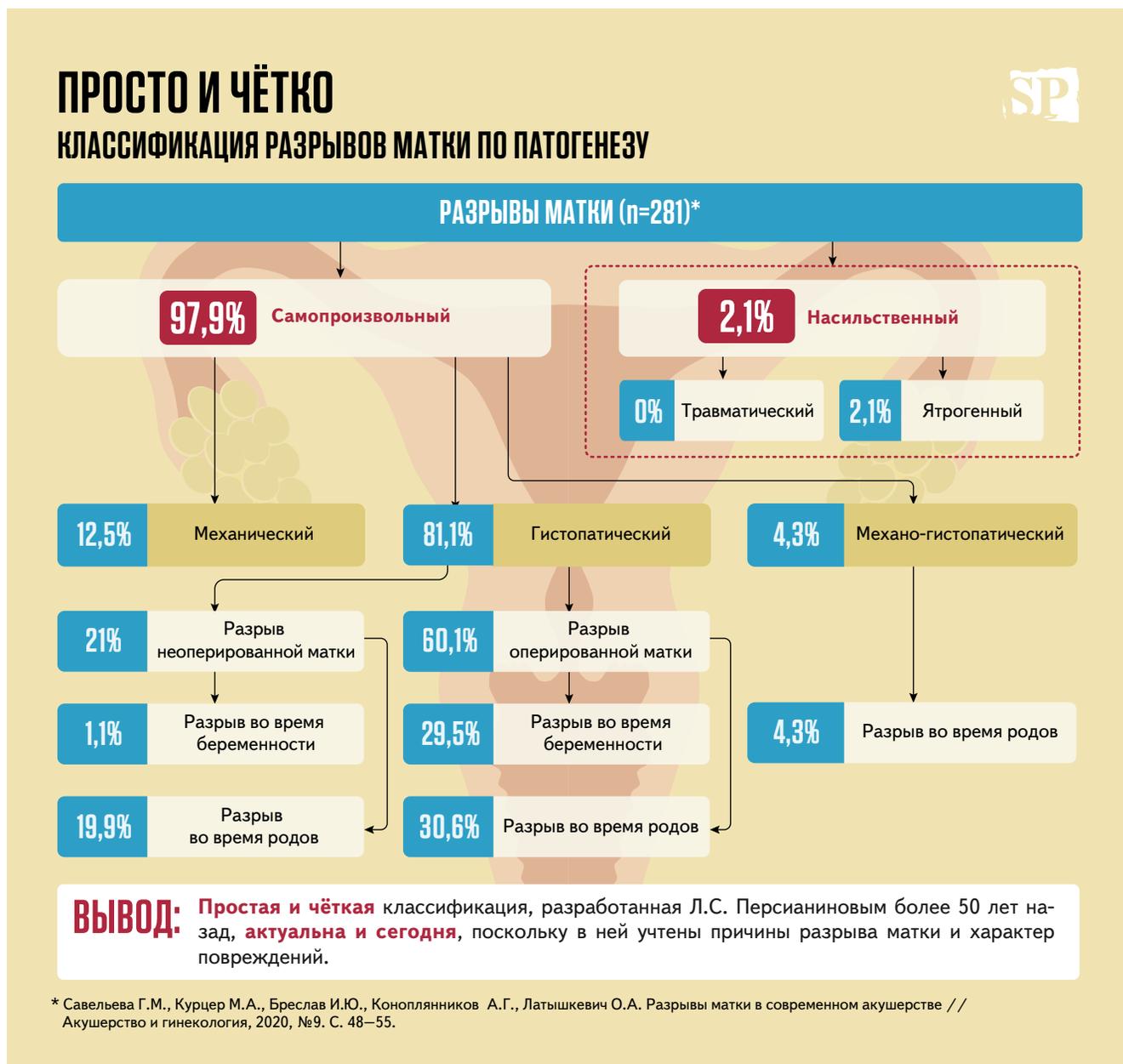
Мы провели анализ 281 случая разрывов матки, которые произошли в учреждениях родовспоможения г. Москвы за последние 20 лет, классифицировав их на основе модели Л.С. Персианинова (см. инфографику). По патогенезу преобладали преимущественно самопроизвольные (n=275) разрывы, которые распределились следующим образом: механические (n=35), гистопатические (n=228), механо-гистопатические (n=12).

Причинами разрывов оперированной матки (n=169) стали рубцы после кесарева сечения (n=112), лапароскопических вмешательств по поводу миомэктомии (n=42), внематочной беременности с иссечением тубного угла (n=13) или удаления очагов ретроцервикального эндометриоза (n=2).

Несостоятельность рубца на матке после абдоминального родоразрешения отметили у 112 пациенток. У 62 из них её диагностировали пренатально, что стало причиной повторного кесарева сечения (во время которого у 24 пациенток обнаружили полный разрыв матки, у 38 — неполный). Ещё у 50 — в раннем послеродовом периоде: у 46 рожениц диагностировали неполный разрыв матки, у четырёх — полный.

Таким образом, неполный разрыв матки диагностировали у 84 пациенток: у 38 — после кесарева сечения, у 46 — после родов.

Клиническая картина и симптоматика при подобном варианте отличается от ярких проявлений полного разрыва, именно поэтому его нередко и **необоснованно** объединяют



с термином «расползание рубца». Для подтверждения диагноза используют инструментальные методы, чаще всего УЗИ.

Умение видеть и предвидеть

Практически всегда нарушение целостности стенки матки происходит в несколько стадий.

- Угрожающий разрыв — растяжение рубцовой ткани.
- Начавшийся — появление гематомы в стенке матки.
- Свершившийся, часто проявляющийся болевым симптомом, затем геморрагическим шоком.

Чёткие клинические признаки, позволяющие провести грань между угрожающим и начавшимся разрывами, могут и отсутствовать, поэтому многие авторы предпочитают объединять эти понятия.

Признаки **угрожающего разрыва** матки по рубцу при беременности и родах.

- Тошнота.
- Рвота.
- Боли в эпигастрии с последующей локализацией в области рубца:
 - боли внизу живота нередко имитируют аппендицит, в поясничной области — почечную колику;
 - локальная болезненность в области рубца.

Симптомы **начавшегося разрыва** матки по рубцу при беременности и в родах.

- Гипертонус матки (вследствие образования гематомы в стенке матки при отслойке плаценты).
- Брадикардия плода.
- Кровяные выделения из половых путей.
- Дискоординация или слабость родовой деятельности.

У 46 из 50 пациенток, у которых произошли самопроизвольные роды, неполный разрыв матки обнаружили в **раннем послеродовом** периоде.

Типичная картина для неполного разрыва матки по рубцу: огромная гематома за пузырно-маточной складкой (рис. 1).

Самый частый симптом полного разрыва матки — **острая гипоксия плода**. Однако как отражается неполный раз-

рыв на состоянии будущего ребёнка? При неполных разрывах матки и самопроизвольных родах (n=46) один ребёнок родился в крайне тяжёлом состоянии (0–0 баллов по шкале Апгар), четверо — в состоянии лёгкой асфиксии (6 баллов), остальные — в удовлетворительном состоянии (табл. 1). Возможно, это обусловлено тем, что разрыв произошёл в конце периода изгнания и новорождённый ещё не успел пострадать. Что касается кровопотери: менее 1 л крови потеряли 38 матерей, а 1 л и более — восемь женщин (табл. 2).

Для исключения разрыва после родов с рубцом на матке **рекомендовано УЗИ**, при отсутствии возможности — ручное обследование, которое, правда, считают далеко не лучшим методом для выявления разрыва, поскольку матка сокращается, и это, безусловно, затрудняет постановку диагноза. Справедливости ради стоит отметить, что и **УЗИ** не гарантирует точного определения нарушения целостности миометрия. В некоторых случаях диагноз удалось поставить только при МРТ (рис. 2), однако этот метод ещё менее доступен, чем **УЗИ**.

Врач также не должен забывать, что независимо от наличия или отсутствия дополнительных инструментальных методов диагностики самые грозные симптомы можно выявить **в ходе обычного наблюдения** за состоянием родильницы после самопроизвольных родов с рубцом на матке. Картина внутреннего кровотечения, нарушения гемодинамики, шока — повод **немедленно** выполнить чревосечение.

Расползлись по сторонам (аневризма матки)

В последние десятилетия за рубежом появилось много публикаций о том, что у части пациенток выделяют особое состояние — *Uterine scar dehiscence*, точный перевод которого — **расхождение**. В нашей стране это состояние раньше называли грыжей, сейчас используют термин **аневризма/расползание рубца на матке**. Внешне оно выглядит как вы-



Рис. 1. Картина неполного разрыва матки по рубцу после кесарева сечения.

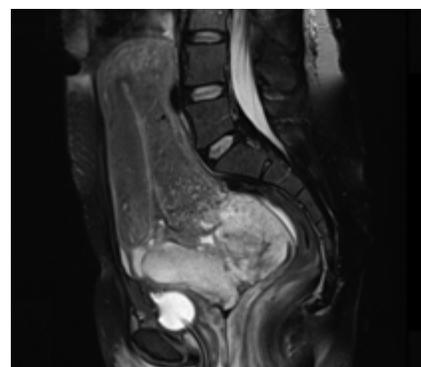


Рис. 2. МРТ. Состояние после самопроизвольных родов. Рубец на матке после кесарева сечения. Неполный разрыв матки.

Таблица 1. Исходы детей при неполных разрывах матки при самопроизвольных родах

Оценка по шкале Апгар	Количество детей
0–0 баллов	1
6 баллов	4
7 баллов	8
8 баллов	31
9–9 баллов	2

Таблица 2. Кровопотеря при неполном разрыве матки при самопроизвольных родах

Объём кровопотери	Количество пациенток
500 мл и менее	17
От 501 до 1000 мл	21
1001 мл и более	8

[За рубежом используют термин Uterine scar dehiscence (расхождение). В нашей стране это состояние обозначают как аневризма/расползание рубца на матке. Внешне оно выглядит как выпухание в области рубца, через стенки которого просвечивают части плода.]

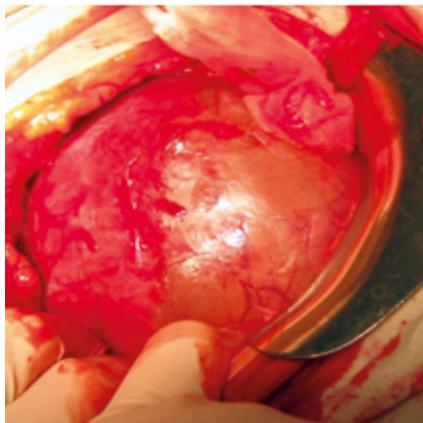


Рис. 3. Расползание рубца на матке.

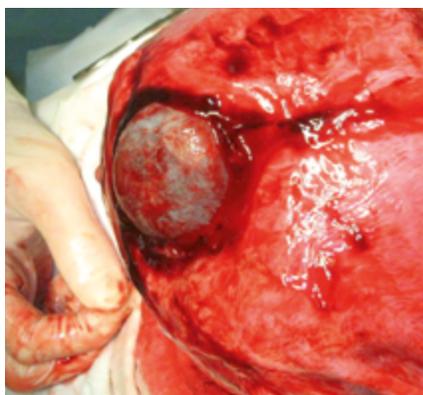
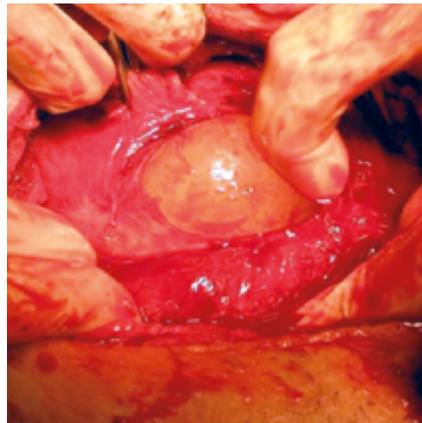


Рис. 4. Расползание рубца на матке после миомэктомии.

Таблица 3. Срок беременности, при котором диагностировали маточную аневризму

Беременность, нед.	Количество пациенток
17	1
22	1
26–27	3
30–33	7
35–36	10
37–40	21
Всего	43

бухание в области рубца, через стенки которого просвечивают части плода (рис. 3).

Расползание рубца на матке (маточная аневризма) имеет несколько особенностей (рис. 4).

- Бессимптомное течение.
- Сохранение беременности до доношенного срока.
- Нередкое выявление во время кесарева сечения.
- Отсутствие поражений висцеральной брюшины.
- Отсутствие страдания плода.
- Часто отсутствие кровотечения из краёв дефекта.

При расползании рубца не наблюдают кровотечения, прозрачные оболочки — это сероза, далее следует растянутая до предела соединительная ткань, а малейшее движение скальпеля вызывает вытекание околоплодных вод. Такую картину можно назвать **типичным расползанием рубца** на матке, при котором отсутствуют нарушения висцеральной брюшины и серозного покрова.

Поскольку за рубежом довольно редко используют УЗИ для диагностики этого состояния, расползание чаще становится **случайной находкой** при выполнении кесарева сечения или других манипуляций.

Растяжение и истончение рубцовой ткани после кесаревых сечений встречаются не только в конце беременности, но и на более ранних её сроках (табл. 3). В нашей стране это состояние обнаруживают благодаря второму скринингу и УЗИ, которое выполняют во II триместре.

В анамнезе у пациенток с аневризмой (n=43) одно кесарево сечение было у 24, два — у 16, три — у двух. Это означает, что **даже одно абдоминальное родоразрешение** может привести к подобному состоянию. Тактика ведения пациенток с расползанием рубца, в частности решение о сроке выполнения хирургического вмешательства, зависит от самочувствия самой беременной и состояния плода.

Таких женщин оперативно родоразрешают чаще всего **на сроке, близком к 38 нед беременности**. У части будущих матерей, вошедших в наше исследование, отмечали кровоизлияния в участках серозы и перерастянутой соединительной ткани.

Если же в 38 нед беременности или позднее выявлена аневризма или расползание рубца, то пациентку лучше прооперировать сразу после постановки диагноза.



Неполный разрыв матки, даже случайно обнаруженный после самопроизвольных родов или в ходе кесарева сечения, **следует обязательно учитывать именно как разрыв матки!** Чем опасно, если этого не делать?

Механическое «украшение» статистики не улучшает грамотности врача: если он считает обнаруженный неполный разрыв матки лишь случайной и ничего не значащей находкой, то он никогда не будет обращать внимание на тревожные симптомы.

Конечно, неполные разрывы матки редко встречаются во врачебной практике. Однако иногда, особенно если не сопровождаются кровотечением или эндометритом, они остаются нераспознанными и, соответственно, представляют собой **скрытую угрозу для последующей беременности**. **SP**

Библиографию см. на с. 104–110.

беременность В «СЛЕПОЙ ЗОНЕ»

Юридические последствия «просмотренной» трубной беременности ранних сроков: ошибка или неизбежность?



Автор: Юлия Альбертовна Бриль,
StatusPraesens (Москва)

Есть состояния, которые с вероятностью в 100% приведут к **осложнениям** и которые крайне **сложно диагностировать** до развития последних, пока общее состояние пациентов не страдает, а характерных симптомов — предвестников беды попросту нет. Одно из таких состояний — **эктопическая беременность** (ЭБ). На самых ранних сроках обнаружить плодное яйцо вне матки практически невозможно, и нет ни одного клинического признака, полностью исключающего диагноз ЭБ. Даже визуализация эмбриона в полости матки не гарантирует, что в трубе не имплантировался второй.

Первое место в числе гинекологических заболеваний по количеству **ошибок в диагностике**, особенно на ранней стадии, занимает ЭБ. «Золотым стандартом» верификации ЭБ признают исследование β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ) и трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ)¹. Однако врач УЗ-диагностики может не увидеть плодное яйцо, а концентрация β -ХГЧ при этом будет изменяться «по всем канонам» физиологической маточной гестации.

Период с 4-й до 6-й недели от первого дня последней менструации — это «слепая зона» для диагностики ЭБ. И подтверждение тому — наш сегодняшний клинический случай, ставший причиной судебного разбирательства.

Многие авторы подчёркивают, что **ненарушенную ЭБ** обнаруживают сравнительно **редко** — у 3–8% пациенток¹. Такая «скрытность» обусловлена, во-первых, её ранним прерыванием, а во-вторых, **сложностью визуализации** внематочной имплантации на начальных этапах развития.

По существу вопроса

Пациентка В. 36 лет 13 ноября 2016 года обратилась в частную медицинскую клинику для выполнения УЗИ. Женщину беспокоили **неинтенсивные боли в животе**. В день первого визита ей сделали УЗИ и взяли анализ на β -ХГЧ (хотя в анамнезе задержки менструации не было).

[При эктопической беременности врач УЗ-диагностики может не увидеть плодное яйцо, а концентрация β -ХГЧ при этом будет изменяться «по всем канонам» физиологической маточной гестации.]

При УЗИ (13.11.2016) визуализировали тело матки с чёткими границами и ровными контурами, обычной формы, размерами 54×47×55 мм. Структура миометрия не изменена, М-эхо 8 мм, с чёткими границами и ровными контурами, эндометрий соответствует II фазе менструального цикла. В полости матки обнаружили анэхогенное образование до 3 мм в диаметре, в шейке матки — кисту до 5 мм. Размеры левого и правого яичников составили 32×20×22 и 35×23×25 мм, в обоих выявили более 10 фолликулов. Заключение: «УЗ-признаки поликистоза яичников, спаечного процесса органов малого таза».

Концентрация β-ХГЧ оказалась повышенной (1266 МЕ/л), что соответствовало беременности ранних сроков.

Через 3 дня, 16.11.2016, пациентка пришла на приём к акушеру-гинекологу в ту же клинику. Состояние было удов-

летворительным, кожные покровы без особенностей; АД 115/70 мм рт.ст., пульс 72 в минуту, частота дыхания 20 в минуту. Женщина имела избыточную массу тела — её вес составлял 87 кг при росте 163 см, что соответствует индексу массы тела 32,7 кг/м² и ожирению I степени (что, впрочем, не нашло отражения в диагнозе). Других патологических признаков со стороны репродуктивных органов при осмотре не выявили. Концентрация β-ХГЧ 16.11.2016 составила уже 2077 МЕ/л.

Из акушерско-гинекологического анамнеза: длительность менструального цикла 30 дней, последняя менструация началась 22.10.2016 и длилась 6–7 дней. Менархе в 13 лет, коитархе в 19 лет. Беременностей две, родов двое. Гинекологический анамнез оказался осложнённым первичным бесплодием и СПКЯ, по поводу чего женщину про-

оперировали несколько лет назад в объёме сальпингоовариолизиса и клиновидной резекции яичников. Кроме того, первая беременность у женщины сопровождалась угрозой прерывания на раннем сроке, а завершилась преждевременными родами в 30 нед.

Гинекологическое обследование. Наружные половые органы сформированы правильно, отмечено опущение задней стенки влагалища. Выделения обычные, тело матки несколько увеличено, безболезненное при пальпации. В области придатков и сводов изменений не обнаружили. Вагинальная микрофлора смешанная, в умеренном количестве, с преобладанием палочек.

Осмотрев женщину, оценив заключение УЗИ и результаты лабораторного исследования, врач поставил диагноз «Беременность малых сроков. Недостаточность мышц тазового дна. СПКЯ. Спаечный процесс органов малого таза».

Рекомендации.

- Повтор анализа крови на β-ХГЧ.
- Половой и физический покой.
- Исключение бани, сауны, солярия, горячих ванн.
- Приём фолиевой кислоты 5 мг до 12 нед.
- Приём калия йодида 200 мкг до 12 нед.
- УЗИ органов малого таза через 2 нед.

Спустя несколько дней у женщины появились мажущие коричневые выделения, а 22.11.2016 болевой синдром усилился, в связи с чем она вновь пришла на приём. При осмотре в зеркалах выявили скудные кровянистые выделения, а тело матки увеличилось до 3–4 нед беременности. Со стороны сводов и придатков изменений не обнаружили. При УЗИ (22.11.2016) в дне матки визуализировали структуру диаметром 4 мм, напоминающую плодное яйцо. Заключение — УЗИ-признаки маточной беременности малого срока.

Врач расширил прежний диагноз угрожающим выкидышем, сохранил ранее назначенное лечение и выписал направление на госпитализацию из-за высокого риска прерывания маточной беременности. В тот же день у пациентки началось несильное кровотечение, и бригадой скорой помощи её доставили в гинекологическое отделение.

Визуализация ультразвуком

Выделяют четыре УЗ-признака трубной беременности¹.

- Обнаружение в проекции придатков матки внеяичникового образования с повышенной акустической плотностью и неоднородным уровнем звукопроводимости.
- Появление в углублениях малого таза «свободной» жидкости, акустическая структура которой характеризуется однородной дисперсностью (равномерно расположенная внутренняя взвесь).
- Увеличение матки при отсутствии органических изменений миометрия или маточной беременности.
- Утолщение срединного маточного эха без признаков дифференциации децидуального эндометрия.

Дополнительными УЗ-признаками самой опасной формы ЭБ — интерстициальной* — те же авторы считают:

- появление экзогенной линии между внутренней поверхностью полости матки и плодным яйцом длиной около 10 мм, отражающей интерстициальный отдел маточной трубы;
- плодное яйцо, окружённое тонким слоем миометрия;
- визуализация плодного яйца в проекции одного из трубных углов матки, что деформирует её внешние контуры.

* При интерстициальной беременности частота летальных исходов достигает 2–2,5%, что в 15 раз превышает таковую при «неинтерстициальной» трубной локализации плодного яйца^{1,2}.

[Гинекологический анамнез пациентки осложнён первичным бесплодием и СПКЯ, по поводу чего женщину прооперировали несколько лет назад в объёме сальпингоовариолизиса и клиновидной резекции яичников.]

Госпитализация: диагноз тот же

Пациентку В. госпитализировали 22.11.2016 в 12.35 с жалобами на коричневатую «мазню» из половых путей с середины цикла, яркие кровянистые выделения — с 22.11.2016.

Состояние женщины в стационаре расценили как **удовлетворительное** и не требующее срочных или экстренных мер. При гинекологическом исследовании тело матки было незначительно увеличенным и мягковатым по консистенции; в области придатков каких-либо особенностей не обнаружили. При УЗИ **диагноз маточной беременности** ранних сроков также был **подтверждён**. Для ведения женщины избрали **выжидательную тактику**.

Вечером того же дня на фоне лечения жалобы уменьшились; кровянистые выделения оставались скудными; 23.11.2016 характер выделений не изменился, 25.11.2016 их не было вовсе; 24.11.2016 концентрация β -ХГЧ составила **4349 МЕ/л**, что соответствовало сроку беременности 4–5 нед; а 28.11.2016 появились тянущие боли внизу живота.

При осмотре 28.11.2016 параметры общего состояния не вызвали опасений: АД 110/70 мм рт.ст., пульс 74 в минуту; живот мягкий, безболезненный, не вздут; выделения из половых путей **скудные, мажущие**.

При УЗИ визуализировали **признаки левосторонней трубной беременности**: анэхогенное образование до 17 мм в левых придатках, небольшое количество свободной жидкости. Женщине выполнили **экстренную операцию** в объёме левосторонней тубэктомии с лапаротомическим доступом по Пфанненштилю. В брюшной полости обнаружили сгустки крови; общий объём кровопотери оценили в **200 мл**.

В последующие дни отмечена **положительная динамика** послеоперационного периода, и на 7-е сутки после снятия швов пациентку В. выписали из гинекологического стационара в удовлетворительном состоянии. Диагноз при выписке: «Трубная беременность слева. Трубный аборт. Лапаротомия по Пфанненштилю, тубэктомия слева. 7-е сутки после операции».

[**Женщина предъявила претензию в частную клинику: из-за неправильно установленного первоначального диагноза она рисковала жизнью, лишилась маточной трубы, понесла моральные и физические страдания.]**

β -ХГЧ: попробуй уследи

Высокую диагностическую **значимость** в верификации ЭБ, прогрессирующей маточной и неразвивающейся беременности имеет **скорость повышения концентрации β -ХГЧ** в сыворотке крови. Считают, что при ЭБ прирост β -ХГЧ не превышает 66% или может немного снижаться (не более чем на 13% от исходного уровня) за 48 ч. Снижение β -ХГЧ в течение 2 дней (на 21–35% и более) указывает на прервавшуюся маточную беременность, а более медленное — на ЭБ^{2,3}.

При **физиологической** беременности показатель должен **возрастать на 50%** (как правило, на 63–66%)⁴ каждые 2 сут, но то же самое может происходить на ранних сроках ЭБ: такую динамику наблюдают у 24% пациенток. Характер роста β -ХГЧ при каждой пятой ЭБ происходит по сценарию физиологической гестации, а при каждой десятой — «мимикрирует» под начавшийся выкидыш².

По этой причине **диагностическая польза** определения только динамики β -ХГЧ при подозрении на ЭБ остаётся **спорной**. При этом мониторинг уровня β -ХГЧ в сыворотке наряду с УЗИ играет роль «золотого стандарта» диагностики беременности «неясной локализации» — состояния, при котором концентрация β -ХГЧ в крови превышает 1000 МЕ/л, а плодное яйцо не визуализируется. Определяющее значение имеет именно **динамика изменения β -ХГЧ** (а не его абсолютные цифры) в совокупности с другими данными.

В описываемом случае в первые дни наблюдения β -ХГЧ тоже «рос как на дрожжах», а потому не ставил под сомнение место локализации плодного яйца.

Встать! В суд идёт

Какими бы ни были у пациентов проблемы со здоровьем, во многих из них «принято» винить врачей. Так получилось и в данной ситуации. Пациентка сочла, что из-за **неправильно поставленного первоначального диагноза** она рисковала жизнью, лишилась маточной трубы, а также понесла моральные и физические страдания. Женщина предъявила претензию в частную клинику, где наблюдалась с 13 по 22 ноября 2016 года, с требованием о возмещении понесённых расходов и морального вреда, но, получив отказ, отправилась в суд.

В исковые требования она включила:

- возмещение расходов на обследование и лечение в клинике (6410 руб.);
- компенсацию морального и физического вреда (50 тыс. руб.);

- штраф 50% за отказ клиники уладить дело в досудебном порядке.

Рассматривая дело, суд поставил «ребром» **несколько вопросов**, для ответов на которые привлекли независимых экспертов.

- Какой срок беременности был у пациентки в период наблюдения в частной клинике?
- Имелись ли у пациентки признаки ЭБ во время наблюдения в частной клинике?
- Правильно и своевременно ли лечащий врач поставил диагноз и избрал тактику оказания медицинской помощи?
- Был ли риск причинения вреда жизни и здоровью пациентки в случае несвоевременного выявления ЭБ?
- Можно ли считать УЗИ информативным и достоверным методом диагностики ЭБ?

Разрыв или аборт?

Вплоть до момента, когда трубная беременность прервётся, она может оставаться нераспознанной. Прекращение ЭБ сопровождается **кровотечением**, характер которого зависит от **типа** нарушения (разрыв трубы или трубный аборт) и от **места имплантации** плодного яйца. При ампулярной локализации кровотечения может быть небольшим, а при прикреплении в истмическом или интерстициальном отделе — массивным и даже фатальным для женщины. Не случайно именно внематочная беременность — одна из **основных причин материнской смертности в I триместре**^{5,6}.

Разрыв трубы пропустить невозможно — состояние пациентки в один момент резко ухудшается, быстро нарастают признаки гиповолемического шока. После небольшой задержки менструации (которой может и не быть, или же она может остаться незамеченной самой женщиной) возникает **резкая боль** справа, слева или по всему животу, **тошнота** и/или рвота, выраженная **слабость** (вплоть до потери сознания). Общее состояние прогрессивно **ухудшается**: объективно выявляют бледность кожных покровов, спутанность сознания, тахипноэ и тахикардию, снижение АД, а при бимануальном исследовании — уплощение или выпячивание внутрь влагалища заднего и одного из боковых сводов.

Клиника **трубного аборта** представлена **характерной триадой**: задержкой менструации, болью в животе и кровяными выделениями из влагалища. При бимануальном исследовании можно обнаружить одностороннее увеличение придатков матки, их болезненность при пальпации и ограниченную подвижность. Прерывание ЭБ по типу аборта имеет более **медленное и стёртое течение**, а потому его диагностика затруднена.

[При осмотре обнаружили кровяные выделения и увеличение матки, при этом своды влагалища и придатки были без особенностей. Картину расценили как угрозу прерывания маточной беременности.]

- Были ли основания для обязательного помещения пациентки в стационар и была ли достаточной предложенная лечащим врачом госпитализация?
- Была ли возможность выполнить операцию в меньшем объёме при выявлении трубной беременности на более раннем сроке?
- Есть ли причинно-следственная связь между качеством медицинской помощи, оказанной в клинике пациентке В., и неблагоприятными последствиями для её здоровья?

Ответ экспертов

В соответствии с датой начала последней менструации (22.10.2016) в момент первичного визита пациентки в частную клинику (16.11.2016) срок беременности

составлял 3 нед. В этот день каких-либо **убедительных данных об ЭБ не было**, жалоб на острые боли пациентка В. не предъявляла, а её состояние не вызывало опасений и было расценено как удовлетворительное и стабильное: АД, частота сердечных сокращений и дыхания были в норме, живот — безболезненным.

На втором визите (22.11.2016) и сроке беременности 4 нед клинических признаков нарушенной трубной беременности также не было, а при УЗИ было описано плодное яйцо в дне матки. При осмотре акушер-гинеколог обнаружил кровяные выделения из половых путей и увеличение матки, при этом своды влагалища и придатки были без особенностей. Такую картину доктор расценил как угрозу прерывания маточной беременности.

Конечно, **достоверно** определить трубную локализацию плодного яйца обычной аппаратурой УЗИ в **3–4 нед гестации крайне затруднительно**. При трансвагинальном УЗИ трубная беременность может быть обнаружена в 4–6 нед, а при трансабдоминальном — в 6–7 нед. И, разумеется, результат УЗИ зависит как от специалиста УЗИ, так и от характеристик аппарата. Однако даже врач УЗИ с большим практическим опытом мог не выявить прогрессирующую трубную беременность на сроке 4 нед. Специальное гинекологическое исследование в 4–6 нед также не позволяет распознать прогрессирующую трубную беременность. Следует отметить, что и **концентрация β-ХГЧ** в первые дни показывала **нормальную динамику роста**: 13.11.2016 этот показатель составил 1266 МЕ/л, а 16.11.2016 — уже 2077 МЕ/л.

При поступлении в стационар диагноз осложнённой маточной беременности у пациентки В. был подтверждён, а УЗИ-признаки прервавшейся трубной беременности появились практически спустя 1 нед — 28.11.2016. Тогда же пациентку в экстренном порядке прооперировали, а гистологическое исследование препарата подтвердило прерывание ЭБ по типу **трубного аборта** — формы, представляющей трудности для диагностики.

Кровопотеря у пациентки была небольшой — всего 200 мл, а значит, никакого **риска для дальнейшего здоровья и жизни не представляла**. Вне зависимости от времени выявления трубной беременности (при прогрессировании или после нарушения) наиболее частый вид хирургического вмешательства — **удаление трубы**: такой исход с задержкой диагноза не связан.

Доктор? Вы виновны!

Но это неточно

Что было и не было учтено? Что было и не было сделано? Что могло **изменить положение**? Вне зависимости от исхода судебного разбирательства любой критически мыслящий врач после таких случаев проводит **собственный** «разбор полётов» и анализирует ситуацию рефлексивно.

Что должно было натолкнуть акушера-гинеколога на мысль о риске трубной беременности? Конечно, **спаечный процесс в малом тазу** — это состояние существенно влияет на транспортную функцию маточной трубы и значительно повышает вероятность nidации в неё плодного яйца. И вряд ли доктор не учитывал такую возможность. Однако помнить о риске и выносить его в диагноз — две большие разницы. Если клинических признаков ЭБ в настоящий момент нет, то и свидетельствовать потенциальную возможность нарушения в диагнозе неправомерно. Тем более что тот или иной риск ЭБ есть у каждой женщины, даже у практически здоровой. А надо ли доводить до сведения пациентки все существующие у неё риски, дабы подготовить к любому повороту событий? Совершенно очевидно, что нет: это как раз та самая ситуация, когда **«меньше знаешь — лучше спишь»**.

Из **недостатков** в формулировке диагноза можно было бы отметить отсутствие ожирения. Это метаболическое расстройство могло бы сыграть «против» раннего выявления ЭБ: избыточные жировые отложения становятся серьёзной преградой для ультразвуковых волн, а также затрудняют бимануальный осмотр. Однако сам факт ожирения доктор, вероятно, учёл, назначив препарат фолиевой кислоты в максимальной дозе 5 мг, рекомендуемой для беременных с ожирением.

Если бы да кабы:
порассуждаем
напоследок

Был ли у пациентки **шанс сохранить маточную трубу**, если бы ЭБ верифицировали на стадии прогрессирования? История не терпит сослагательного наклонения, но мы ведь рассматриваем этот клинический случай, чтобы извлечь

[При прогрессирующей трубной беременности возможно выполнение органосохраняющих операций — выдавливание или линейная сальпинготомия. Однако это оправдано только при определённых условиях.]

урок и подстраховаться на будущее, поскольку ЭБ — нередко встречающаяся ситуация в клинической практике. Пациентка В. считала, что могла избежать тубэктомии и сохранить маточную трубу: эта мысль, вероятно, и подтолкнула женщину в суд.

Действительно, при прогрессирующей трубной беременности возможно выполнение **органосохраняющих операций** — выдавливание (*milking*) или линейная сальпинготомия. Однако органосберегающее лечение оправдано только при наличии определённых **условий**.

- Локализация плодного яйца в ампулярном или истмическом отделе трубы.
- Сохранность стенки маточной трубы.
- Поперечный размер плодместилища не более 35 мм.
- Отсутствие распространённого спаечного процесса в малом тазу и/или признаков хронического воспаления «беременной» маточной трубы.
- Отсутствие в анамнезе оперативных вмешательств на «беременной» маточной трубе.

К **абсолютным показаниям для удаления маточной трубы** относят:

- реализованную репродуктивную функцию;
- интерстициальную локализацию эктопического плодного яйца;
- распространённый спаечный процесс в полости малого таза и/или вовлечение в него «беременной» трубы;
- разрыв трубы;
- беременность в ранее оперированной трубе;

- большие размеры плодместилища (поперечный размер свыше 30–35 мм);

- «старую» (инфицированную) вне-маточную беременность.

Даже до возникновения трубного аборта у пациентки В. было несколько показаний для удаления маточной трубы — реализованная репродуктивная функция и **спаечный процесс** в малом тазу. В этой связи сохранить орган у женщины было невозможно.

Заключение нескольких судебно-медицинских экспертов также подтвердило безальтернативность утраты трубы в этой клинической ситуации независимо от времени выявления трубной беременности.



Многие люди без специальных медицинских знаний — заядлые **технооптимисты**. Они абсолютно уверены, что существующие лабораторно-инструментальные методы исследований должны обеспечить 100% точность диагноза, а разработанные фармпрепараты и способы лечения — такой же абсолютный положительный результат терапии. И, пребывая в своих иллюзиях, склонны винить врачей, если 100% верификация и результат лечения оказались недостижимы. Доктор, по их мнению, всегда должен и обязан... А если природа распорядилась иначе, виноват в этом тоже врач.

Будет ли изменено такое распространённое в обществе отношение? К сожалению, в обозримом будущем вряд ли. Именно поэтому при врачевании клиницистам приходится не только учитывать клинические особенности, скрытые риски или возможные осложнения, но и быть готовыми к претензиям пациенток, недовольных **несовершенством современной медицины**. 

[Следует отметить, что даже до возникновения трубного аборта у пациентки было несколько показаний для удаления маточной трубы — реализованная репродуктивная функция и спаечный процесс в малом тазу.]

Библиографию см. на с. 104–110.

ДОКТОР, Я ВАС ВИЖУ!...

ГОТОВЫ ЛИ РОССИЙСКИЕ ВРАЧИ И ПАЦИЕНТЫ К ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ?



Согласно выдержке из Приказа №965н¹, **телемедицина** — технологическая составляющая медицинской деятельности, имеющая правовой статус медицинских услуг, оказываемых в **дистанционной форме**. Полномочия врача **зависят от вида** оказываемой помощи. Результат обращения — медицинское **заключение** консультанта или запись о корректировке лечения, если ранее на **очном приёме** был поставлен диагноз и назначена терапия¹⁻³.

ПАЦИЕНТЫ

Данные опроса ВЦИОМ об отношении россиян к телемедицине (май 2020 года)⁴

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

62% россиян знают о возможности получения консультации врача по телефону или интернету **8%** россиян уже получали онлайн-консультацию

САМЫЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЩЕНИЯ

Какие-либо симптомы — **25%** Очень плохое самочувствие — **10%**
Появление незначительных изменений самочувствия — **10%**
Нет возможности прийти лично — **5%** Нужна просто консультация специалиста — **5%**

53% опрошенных допускают вероятность в будущем обратиться за консультацией по телефону

48% не исключают обращение к врачу посредством интернета

Основные причины, из-за которых пациенты не обращаются за дистанционной консультацией

33% считают, что личный осмотр обязателен

13% высказывают сомнения по поводу качества телемедицинского консультирования



ВРАЧИ

Результаты опроса докторов, опубликованные на сайте сообщества «Врачи РФ» (февраль 2021 года)⁵

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Первичная консультация — **19%**
Повторная консультация — **22%**
«Второе мнение» — **12%**
Интерпретация анализов или исследований — **34%**



ЧАСТОТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

56% врачей стали чаще консультировать пациентов дистанционно в период пандемии

39% считают, что телемедицина достаточно эффективна как для врачей, так и для пациентов

32% находят дистанционное консультирование бесполезным для всех

21% не заметили изменений в частоте обращения пациентов к телемедицине

23% специалистов не консультируют дистанционно

49% опрошенных врачей не готовы устанавливать диагноз при дистанционной первичной консультации

53% не готовы выписывать электронный рецепт

ВЫВОД: Телемедицинские технологии направлены на обеспечение **доступности** медицинской помощи и улучшение её качества. Однако **сомнений** ещё много и у врачей, и у пациентов. Для максимальной эффективности **дистанционного консультирования** необходимо урегулировать ряд нормативно-правовых вопросов и разработать стандарты.

1. Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий: Приказ Минздрава РФ №965н от 30 ноября 2017 года; 2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года; 3. О разъяснении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий: Письмо Минздрава РФ №18-2/0579 от 9 апреля 2018 года; 4. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticeskii-ozor/telemedicina-v-rossii-segodnya-i-zavtra>; 5. URL: <https://vrachirf.ru/company-announce-single/84833>.