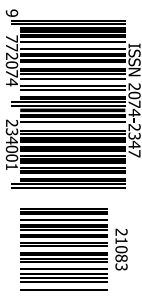


StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#6 [83] 12 / 2021 / StatusPraesens



Четвёртая волна пандемии: усвоенные уроки и новые вызовы • Репродуктивная медицина в РФ: в ближайшее время ждём следующей волны нормативно-правовых изменений • Возможен ли половой путь передачи бактериального вагиноза? • Акушерские щипцы в исторической ретроспективе. Контраверсия: нужны vs не нужны? • Смена парадигмы в лечении ИПП: количество возбудителя так же важно, как его наличие • Клинический случай гетеротопической беременности



Дорогие коллеги!

На протяжении **последних десятилетий** мы наблюдали позитивный тренд снижения материнской смертности. Однако в 2020–2021 годах он был нивелирован **ужасающими потерями** в период коронавирусной инфекции. При этом оказалось, что большинство пациенток погибли не от прямого воздействия SARS-CoV-2, а из-за акушерско-гинекологических причин. Существенно возросли неблагоприятные исходы от преэклампсии, аборт, а также от кровотечений в послеродовом периоде.

Вместе с тем и саму коронавирусную инфекцию нельзя сбрасывать со счетов — эффективного лечения COVID-19 **до сих пор нет**. В этой связи все страны мира стараются максимально предупредить риски инфицирования SARS-CoV-2 и осложнённого течения заболевания, и одно из перспективных решений — **вакцинация**.

Преимущества специфической профилактики COVID-19 многообещающие, в том числе и у **беременных**. Благодаря вакцинации мы надеемся увидеть **меньше тяжёлых пациенток**, которые требуют перевода на ИВЛ и длительной кислородной поддержки, и, что самое главное, снизить количество материнских смертей. Активная позиция акушеров-гинекологов в пропаганде вакцинации беременных и женщин, только планирующих гестацию, в сложившейся ситуации не имеет альтернативы. Ведь именно гестационный период ассоциирован с высокими рисками осложнений и летальных исходов на фоне COVID-19.

Несомненно, во время природных катаклизмов и пандемий трудностей всегда больше. Однако важно понимать: они **не могут остановить** развитие медицины, а некоторая неопределённость в работе будет сопровождать врача всегда — вне зависимости от сложившихся обстоятельств.

Традиционно в условиях неопределённости для принятия решений доктор обращался к эксперту и, **опираясь на его авторитетное мнение**, выстраивали дальнейшую тактику. Однако этот подход имеет **существенные ограничения**, поэтому в последующем стали руководствоваться данными доказательной медицины — именно они легли в основу клинических протоколов. Теперь гайдлайны, разработанные профессиональными сообществами, служат тем инструментом, который помогает врачу в принятии решений. В этой ситуации методические рекомендации ассоциации МАРС оказывают огромную помощь акушерам-гинекологам в их повседневной работе.

В наступающем новом году я хочу пожелать всем читателям журнала StatusPraesens удачи в нашей нелёгкой, но **благородной специальности**, меньше разочарований и препятствий на пути, новых достижений, возобновления очных дружеских и профессиональных встреч, любви и семейного благополучия, а главное — **крепкого здоровья**. Берегите себя!

Докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, президент Общества акушеров-гинекологов Красноярского края **В.Б. Цхай**

status

гинекология акушерство

6 [83] 12 / 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: 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, Ольга Раевская, Мила Мартынова, Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичева, Надежда Мясникова, Наталья Климова
Препресс-директор: Нелли Демкова
Арт-директор: Лина Тавдумадзе
Руководитель группы дизайна: Латип Латипов
Руководитель группы вёрстки: Юлия Кучоткина
Выпускающий редактор: Денис Мурских
Инфографика и дизайн: Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шибаева
Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская
Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 29 декабря 2021 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №26938 / 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. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock, iStock, Adobe Stock и элемент оформления стока Freepik.

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

raeSen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Рагзинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Гараев 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 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)
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 Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (Москва)
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)

statusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

Под бой курантов

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о подведении итогов, футуристических прогнозах и реальных задачах,
стоящих перед акушерско-гинекологическим сообществом

14

НОВОСТИ

17

МЕДПОЛИТ

Проблема, с которой все мы живём

Опыт ведения беременности и родов у пациенток с новой коронавирусной
инфекцией (COVID-19) (по материалам выступлений акад. Курцера М.А.)

Мясникова Н.О.

Настало время «собирать камни», рассмотрев успехи и неудачи российской ме-
дицины в области «COVID-19-акушерства». Каждая из волн пандемии до-
бавляет что-то новое: либо в наше понимание происходящего, либо в совершен-
ствование диагностических и терапевтических подходов.

21

ШКОЛА
ЮРИДИЧЕСКОЙ
САМОБОРОНЫ

«Не для передачи...»

Интервью с директором юридической компании «Правовой медицинский
контроль» Мариной Анатольевной Агапочкиной (Екатеринбург)

Иванов А.В.

Врачи всё чаще задают вопрос, на что они имеют право с точки зрения юри-
стов — какие болезни лечить, какие исследования и лекарства назначать. При
этом в клинических рекомендациях, как правило, нет чётких указаний, какой
специалист выполняет то или иное вмешательство. Кто же отвечает за правиль-
ность ведения пациентки в целом?

25

VIA SCIENTIARUM

Тихая охота

Особенности патогенеза и трудности терапии кандидозного вульвовагинита

Тапильская Н.И., Савичева А.М., Дьяконов С.А.

И акушеры-гинекологи, и пациентки находятся в непростой ситуации: даже
препараты резерва могут внезапно оказаться бессильными перед банальной
«молочницей». Как же вернуть условный патоген к роли безобидного предста-
вителя микрофлоры влагалища и снизить вероятность рецидива?

32

Спорная территория

Суррагатное материнство в РФ: грани проблемы

(по материалам выступлений члена-корр. РАН, проф. Краснопольской К.В., канд.
мед. наук Шиловой Н.В., Васильковской С.А., канд. мед. наук Канивца И.В. и др.)

Климова Н.В.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

39

ЛЕХТ-ПРОСВЕТ

Количество, а не качество

(смена парадигмы в терапии ИППП (по материалам выступлений проф. Гомберга М.А., канд. биол. наук Гущина А.Е., канд. мед. наук Негашевой Е.С.)

Москвичёва В.С., Дьяконов С.А.

При лечении пациентов с ИППП важно следовать актуальным гайдлайнам, но при выборе конкретной схемы необходимо использовать клиническое мышление. Подспорьем для специалиста могут стать новые лабораторные методы обследования: количество копий микроорганизмов во многом влияет на результативность антимикробной терапии.

53

ДИСКУССИОННЫЙ
КЛУБ

Под строгим контролем

Клинические портреты пациенток с мастопатией (по материалам выступлений проф. Подзолковой Н.М., проф. Овсянниковой Т.В., проф. Яворской С.Д.)

Мартынова М.А.

Обсуждению проблематики ДДМЖ и РМЖ был посвящён симпозиум в рамках XV Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (2021). Ведущие эксперты представили чрезвычайно важные сообщения и поделились новейшей информацией о патогенезе заболеваний молочных желёз и возможностях их профилактики, а главное — о ранней диагностике РМЖ.

58

Перль к нулю

(спермициды: ренессанс в свете новых исследований (по материалам выступлений член-корр. РАН, проф. Радзинского В.Е., проф. Обоскаловой Т.А., проф. Мингалёвой Н.В.)

Быкова О.А.

63

CONTRAVERSION

Обвинительно-оправдательный приговор

Половой путь передачи бактериального вагиноза: современные представления

Хрянин А.А.

Идея о том, что бактериальный вагиноз можно расценивать как ИППП, имеет внушительный стаж: ещё в 1955 году исследователи выдвинули теорию о том, что партнёров необходимо лечить одновременно с пациентками, чтобы предотвратить рецидивы у женщин. Подведена ли окончательная черта под научными изысканиями в области полового пути передачи этого дисбиоза и стоит ли сейчас называть «парную» терапию?

70

Прорыв обороны

Новый взгляд на двухэтапную терапию вагинального дисбиоза

Радзинский В.Е., Роговская С.И., Рыбальченко О.В., Орлова О.Г.

За неимением новых антибактериальных препаратов эксперты рассматривают возможности повышения эффективности существующих противомикробных средств — для этого предложены варианты изменения доз и длительности терапии, а также использование «разрывателей» биоплёнок.

77

ИНСТРУМЕНТАРИЙ

Интегративная репродуктология

Активферт. Руководство продвинутого пользователя (90сье)

83

ДЕМЕДИКАЛИЗАЦИЯ

Женские комплексы

Генитоуринарный синдром: эффективность негормональных методов

Татарова Н.А.

Практически одну треть жизни женщины могут омрачить проявления генито-уринарного менопаузального синдрома: при плановом обследовании пациенток в возрасте от 52 до 66 лет характерные клиничко-лабораторные признаки выявляют у 79%. При этом каждая пятая не получает никакого лечения.

91

РОДЗАЛ

Глас вопиющего в пустыне страха

С чем связано нежелание использовать акушерские щипцы?

Копырин И.Ю., Макарова Е.С., Волков В.Г., Лохмачёва Е.А.

Акушерские щипцы сейчас пребывают не просто в «опале» — их положение можно считать последней ступенькой перед уходом в небытие. Впрочем, к нам в редакцию всё же приходят материалы об успешном их применении в том или ином учреждении. Насколько эти голоса способны переломить общую тенденцию прохладного отношения к инструменту?

97

CASUISTICA

Персона нон грата

Клинический случай гетеротопической беременности: можно ли предвидеть?

Борисова Е.В.

В представленном клиническом случае налицо ошибка диагностики. Доктор выписал пациентку из стационара только с рекомендациями сдать анализ крови на β -ХГЧ через несколько дней (!), а также проигнорировал заключение УЗИ, где уже диагностировали образование рядом с яичником.

102

ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

под бой курантов

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о подведении итогов, футуристических прогнозах и реальных задачах,
стоящих перед акушерско-гинекологическим сообществом



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

Не случайно тема последнего номера SP этого года «Итоги-2021. Задачи-2022» — в преддверии Нового года принято подводить некую черту: что получилось, что не сбылось; а также ставить **цели** на будущее. Одна из интересных традиций, появившаяся 50 лет назад в Германии, — выбирать **«слово года»**. В России его определяют уже 15 лет. В чём смысл акции? Исследование самых популярных лексем, затронутых в средствах массовой информации, социальных сетях, поисковых запросах, отражает наибольшую **значимость** резонансных тем для общества.

По данным Государственного института русского языка им. А.С. Пушкина, пальму первенства в России в 2021 году получило слово **«спутник»**. И это неудивительно. Пандемия затронула все сферы жизни, многие ждали появления эффективного метода профилактики, следили за результатами исследований новых иммунобиологических препаратов, активно их обсуждали. Важность оперативного получения **достоверной информации** ощутили на себе и акушеры-гинекологи. На приёмах женщин интересовали безопасность и целесообразность реализации репродуктивной функции в период пандемии, сроки, на которых можно (и нужно ли?) «делать прививку», когда планировать беременность после неё и многое другое. Закономерно, что составители оксфордского словаря выбрали **vax** (с англ. — «вакцина, вакцинация, вакцинировать») главным словом, которое наилучшим образом отражает атмосферу 2021 года.

Мир изменился, и нам всем приходится жить в новой реальности, во многом, к сожалению, неизведанной, принципиально иной. Стало понятно, что коронавирус никуда не исчезнет, нам необходимо приспосабливаться. Уже подтверждена эффективность **специфической профилактики** новой коронавирусной инфекции, однако методы лечения всё ещё активно изучают. Мы наблюдаем уже четвёртую волну пандемии, каждая из которых добавляет что-то новое: либо в наше понимание происходящего, либо в совершенствование диагностических и терапевтических подходов. Однако, несмотря на колоссальные усилия всего мирового медицинского сообщества, «белых пятен» ещё много. Тем важнее **обмен уникальным опытом**. Глубокий анализ различий «коронавирусных волн» и **эволюцию взглядов** на ведение беременности представил на «Оттовских чтениях» акад. М.А. Курцер. Освещение его доклада — в статье «Проблема, с которой все мы живём».

Задачи, связанные с пандемией, не ограничены только инфекционными вопросами. К сожалению, **фокус внимания** настолько **смещён** в сторону COVID-19, что мы упускаем другие не менее важные проблемы. Возросшая нагрузка и перераспределение ресурсов, особенности эпидемиологической обстановки послужили причиной снижения охвата населения профилактическими осмотрами. Очевидно, что его **непрямым следствием** станет **рост неинфекционной заболеваемости**, в первую очередь онкологической. Как долго нам предстоит противостоять «**злокачественному эху**», можно только предполагать.



Рак молочной железы (РМЖ) продолжает лидировать в рейтинге самых распространённых злокачественных опухолей в женской популяции. Более того, остаётся высоким первичное обнаружение новообразований этой локализации на **поздних стадиях**. Именно поэтому важнейшая задача акушеро-гинекологов — активное выявление факторов риска РМЖ и назначение инструментальных методов исследования по показаниям. В нормативных актах не прописано обязательное требование для получения **обратной связи**: была ли выполнена маммография, каковы её результаты и т.д. Этот пробел может восполнить **цифровизация**, позволяющая оперативно получать и передавать информацию о состоянии здоровья больных и своевременно назначать терапию.

Поскольку пролиферативные формы **доброкачественной дисплазии молочных желёз** ассоциированы с повышением вероятности РМЖ, тщательное наблюдение пациенток с этой группой патологических состояний — необходимое условие для снижения онкологической заболеваемости. В актуальных клинических рекомендациях подробно прописаны алгоритмы ведения и современные терапевтические подходы. А значит, **задача 2022 года** — обеспечение чёткого выполнения гайдлайнов и дальнейшая цифровизация медицины. Для того чтобы подробнее ознакомиться с новейшей информацией о патогенезе различных заболеваний молочных желёз и возможностях их профилактики, а главное — ранней диагностики, читайте статью «Клинические портреты пациенток с мастопатией».



Статистика заболеваемости **раком шейки матки (РШМ)** также не имеет тенденции к уменьшению. Эффективность вакцинации в профилактике патологических процессов цервикального канала доказана, однако в нашей стране иммунизация против вируса папилломы человека (ВПЧ) — основного этиологического фактора — по-прежнему низка.

Повышать риск инфицирования ВПЧ может и безобидный (на первый взгляд!) **бактериальный вагиноз (БВ)**. Для

[Возросшая нагрузка и особенности эпидемиологической обстановки послужили причиной снижения охвата населения профилактическими осмотрами.]

многих пациенток ассоциированные с ним патологические выделения становятся настоящим кошмаром в связи с частым рецидивированием.

Причины рецидивов известны: дисбаланс микрофлоры влагалища, растущая антибиотикорезистентность, биооплёнокообразование. Однако знание причин не всегда помогает их преодолеть. Одна из важнейших **контраверсий**, которую нам только предстоит разрешить: могут ли биооплёнки гарднерелл передаваться половым путём и тем самым вызывать реинфекцию? Уже получены некоторые доказательства этой теории, но стратегия лечения обоих партнёров при БВ **не оправдала** возложенных на неё надежд.

В этом выпуске **SP** публикует сразу две статьи, представляющие различные взгляды на патогенез БВ. О возможностях ведения женщин с нарушением влагалищной микробиоты и результатах исследований в этой области читайте в публикациях «Половой путь передачи бактериального вагиноза: современные представления» и «Новый взгляд на двухэтапную терапию вагинального дисбиоза». Точка в дискуссии ещё не поставлена, и это одна из задач ближайшего будущего.



Тактика в отношении «классических» **инфекций, передаваемых половым путём (ИППП)**, также периодически требует пересмотра. Обновлённый гайдлайн Центров по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for disease control and prevention, CDC) содержит несколько крайне важных нововведений, которые особенно актуальны в связи с приближением **постантибиотиковой эры**, о которой уже несколько лет предупреждает ВОЗ, а также со снижением охвата населения профилактическими осмотрами и недостаточным информированием пациенток по вопросам предупреждения этой группы заболеваний.

Безусловно при ИППП сомнений в необходимости **этиотропной терапии** не возникает. Однако может ли эффективность лечения с использованием единой схемы быть одинаковой при бактериальной нагрузке, иногда различающейся в сотни тысяч раз? Исследования показывают, что нет. Выбор лечебной тактики даже из регламентированных вариантов, представленных в гайдлайнах, нередко приводит в **замешательство** практикующего врача. Как же поступать специалисту? Об этом — в статье «Смена парадигмы в терапии ИППП».



Ведение пациенток с ИППП связано не только с медицинскими, но и с организационными сложностями. Трудности вызывает интерпретация **нормативных документов**. С одной стороны, в приказе №924н сказано, что первичную специализированную медицинскую помощь при **ИППП** оказывает дерматовенеролог. Означает ли это, что акушер-гинеколог не имеет права назначать анализы для дифференциальной диагностики при патологических выделениях из влагалища? Во все нет! Исключить этот диагноз без лабораторных методов невозможно, следовательно, отказ от них будет расценён как **дефект оказания медицинской помощи**.

Не совсем очевидны и вопросы информирования о тех методах обследования, которые не входят в программу **госу-**

государственных гарантий. Когда и как сообщать о них пациенткам, чтобы это не противоречило современному законодательству? В связи с участившимися жалобами на действия медицинских работников перспектива оказаться одним из участников подобных прений вовсе не кажется туманной. Подробнее о юридических нюансах, знание которых необходимо в рутинной практике врача, читайте в интервью с директором юридической компании «Правовой медицинский контроль» Мариной Анатольевной Агапочкиной.



Изменился не только мир вокруг нас, кардинально изменился и **портрет пациентки XXI века**. Если анатомо-физиологические особенности женщины стабильны со времён Древней Греции, то психологические и социально-экономические характеристики (именно они определяют поведенческие черты) претерпевают изменения каждые 5 лет! Кто же она — пациентка 20-х годов XXI века? Умная, грамотная, имеющая высшее образование (а то и два), активно использующая интернет, решающая родить ребёнка после 30 лет. Однако это не способствует её санитарному просвещению. К 31 году (средний возраст первородящей в России) она накопила груз гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, возможно, пережила аборт, часто страдает избыточной массой тела и ожирением, эндокринными нарушениями. При этом наши современницы не склонны к активным действиям по преодолению нездоровья: вместо повышения физической активности и снижения калорийности рациона они ждут **чудодейственных таблеток** и **верят в безграничные возможности** репродуктивных технологий. Печальный итог — рост числа бесплодных пар.

Нарушение фертильности по эндокринным причинам — частая проблема, с которой приходят женщины к акушеру-гинекологу. **Синдром поликистоза яичников**, оказывающий выраженное негативное влияние на физическое и психоэмоциональное состояние пациенток, служит также камнем преткновения для пар в реализации репродуктивных планов. Кроме того, для этой группы больных характерна повышенная частота осложнений при стимуляции овуляции.

[**Anti-ageing-стратегия — не только МГТ. Полноценная программа долголетия включает слаженную работу команды специалистов: акушеров-гинекологов, терапевтов, эндокринологов, диетологов и др.**]



© Jo Panuwat D / Shutterstock.com

Неутешительны данные и по эпидемиологии **мужского фактора** бесплодия. В вопросах планирования семьи во многих парах принято большую долю ответственности перекладывать на женщину. Очень часто обследование и лечение начинают именно с неё, что в корне не верно! К рождению ребёнка необходимо готовиться **обоим супругам**. При возникновении трудностей с зачатием целесообразно начать диагностический поиск со спермограммы — простого, неинвазивного, но очень показательного анализа, который позволит супругам сэкономить временные и материальные ресурсы. Параллельное обследование пары и **прегравидарная подготовка** значительно повышают шансы на реализацию репродуктивной функции.



В некоторых ситуациях парам с бесплодием может быть рекомендовано лечение с помощью **вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)**. Частота инфертильности растёт, а значит, эти методы не теряют своей актуальности.

К сожалению, несовершенство нормативно-правовой базы и участившиеся **спекуляции** на этой проблеме доставляют и пациенткам, и врачам немало проблем.

В течение последних нескольких лет общественность особенно активно обсуждает категории граждан, кому могут быть предоставлены услуги **суррогатного материнства**. Звучали также предложения о переводе всех процедур ВРТ в организации, входящие в государственную или муниципальную систему здравоохранения. Что характерно, мнения врачей по этим вопросам, как правило, не спрашивали.

Между тем лечение бесплодия — в первую очередь **медицинская проблема**. И кто, как не врачи, владеет наиболее точной информацией и знаком с теми трудностями, с которыми сталкиваются пациентки при вступлении в программу. В регламентирующих документах не определены **механизмы преемственности** между клиниками ВРТ и женскими консультациями, в которых наблюдают суррогатных матерей во время беременности. Несмотря на то что существуют противники таких программ, к настоя-

[Фетальное программирование, Big Data, биотехнологии и IT-медицина позволяют нам не только строить футуристические прогнозы на будущее, но и решать вполне реальные рутинные задачи уже сейчас.]

Щему времени никакие другие методы, включая использование искусственной матки и трансплантацию органа, нельзя назвать равноценной альтернативой. Важнейшая задача, которую только предстоит решить, — разработка исчерпывающих **нормативных актов**, в которых учтены ныне существующие проблемы.

Кроме того, учёные активно ведут исследования методов, позволяющих улучшить результаты программ. Всё больше экспертов высказывают мнение о целесообразности **преимплантационного генетического тестирования** и расширении показаний для его использования. В настоящее время этот анализ оплачивают пациенты самостоятельно, поскольку его выполнение за счёт средств обязательного медицинского страхования не предусмотрено. Информирование о мероприятиях, предусматривающих дополнительные материальные затраты, до сих пор вызывает у врачей немало вопросов. О том, что ждёт репродуктивную медицину в РФ, — в публикации «Спорная территория».

Некоторые исследователи связывают повышение актуальности ВРТ с ростом частоты **гетеротопических беременностей**. В настоящее время такой диагноз всё ещё остаётся редким, однако столкнуться с ним может любой акушер-гинеколог.

От того, насколько **оперативно** будет выявлена эта проблема, зависит сохранение не только плода в полости матки, но и **репродуктивной функции** женщины. В некоторых ситуациях на кону может быть жизнь самой пациентки. О том, как распознать одновременное наличие маточной и эктопической гестации, а также не допустить фатальных ошибок на самых важных этапах наблюдения, читайте в статье «Клинический случай гетеротопической беременности: можно ли предвидеть?».

Если программы ВРТ только набирают обороты, то некоторые медицинские вмешательства, напротив, сдают позиции. Оперативные вагинальные роды с использованием **акушерских щипцов**, когда-то пленившие мировое акушерство, претерпевают не лучшие времена. Гораздо чаще родоразрешение, помимо ведения *per vias naturales*, выполняют с помощью вакуум-экстракции или кесарева сечения.

Причиной тому послужило накопление данных об осложнениях, которые наблюдали многие врачи. Однако насколько они были связаны непосредственно со щипцами? Вероятно, в большей степени их скомпрометировало **необоснованное** применение без показаний и вопреки противопоказаниям, а также отсутствие необходимых мануальных навыков. Подробнее с актуальной статистикой и любопытнейшей историей этого метода оперативного родоразрешения (как показывает практика, в некоторых ситуациях — **незаменимого!**) вы можете ознакомиться в публикации «С чем связано нежелание использовать акушерские щипцы?».

Конечно, акушерство и гинекология **не ограничены** только родами и патологическими выделениями. Новая задача, поставленная недавно, — сохранение качества жизни и активного долголетия. Продолжительность жизни неуклонно увеличивается, и это тоже наша цель. **Anti-ageing-стратегия**, пришедшая к нам из косметологии и пластической хирургии, всё более востребована. Почему акушеры-гинекологи первыми подхватили идею «старения без старения»? У нас есть мощнейший инструмент, позволяющий противостоять возрастным изменениям, — менопаузальная гормональная терапия (МГТ).

Однако anti-ageing-стратегия — не только МГТ. Полноценная **программа**

долголетия — сложная работа команды специалистов: акушеров-гинекологов, терапевтов, эндокринологов, диетологов, психологов, косметологов и др. Для реализации поставленных задач мало иметь инструменты, необходимо, чтобы женщина пришла на приём. К сожалению, многие пациентки не обращаются к специалистам с жалобами, характерными для менопаузального синдрома, поскольку считают, что возрастные изменения закономерны и сделать с ними ничего нельзя. Некоторые из них испытывают смущение при обсуждении **деликатных тем**. Именно поэтому задача акушеров-гинекологов — прицельно, но тактично опрашивать женщин для раннего выявления нарушений, связанных с **дефицитом половых стероидов**. Подробнее о том, как это делать, на что обращать внимание при осмотре и какие существуют терапевтические подходы, вы можете узнать из статьи «Генито-уринарный синдром: эффективность негормональных методов».

Как это ни парадоксально, есть в пандемии и положительные моменты. **Консолидированные усилия** всего медицинского сообщества уже приносят человечеству плоды в виде важнейших открытий. И не только в области инфектологии и фармакотерапии. Уже сейчас изучают факторы, ранее **не принимавшиеся во внимание**, например возрастные, этнические и генетические особенности, вариативность концентраций лекарственного средства в зависимости от пути введения. Фетальное программирование, Big Data, биотехнологии и IT-медицина позволяют нам не только строить **футуристические прогнозы**, но и решать вполне **реальные задачи**.

Кстати, кембриджский словарь называл словом 2021 года **«настойчивость»** (от англ. perseverance). Как отметили филологи, выбор обусловлен не только большим количеством запросов, это слово отражает **непоколебимую волю людей** не сдаваться перед лицом трудностей. В наступающем году желаю всем настойчивости в достижении целей, здоровья, побед, изысканий и свершений! **SP**

проблема, с которой все мы живём

Опыт ведения беременности и родов у пациенток с новой
коронавирусной инфекцией (COVID-19)

По материалам выступления Марка
Аркадьевича **Курцера**, акад. РАН, докт.
мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства
и гинекологии педиатрического факультета
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, генерального
директора ГК «Мать и дитя» [Москва]

Автор-обозреватель: Надежда Олеговна
Мясникова, StatusPraesens [Москва]

Уже второй «коронавирусный» год подходит к концу — и можно заключить, что SARS-CoV-2 стал **печальной повседневностью**. Мировое здравоохранение прошло сложную **адаптацию** к напряжённой работе в условиях пандемии. На долю акушеров-гинекологов выпала особая ответственность: профильный российский гайдлайн **не рекомендует откладывать** планирование беременности и рождение детей на постковидный период¹. Неизвестно, когда он наступит и наступит ли вообще. При этом ведение гестации в условиях как минимум повышенной психологической нагрузки на пациентку уже признано мировой медицинской проблемой². Если же пациентка инфицирована COVID-19 — риск серьёзных материнских и перинатальных осложнений значительно увеличен^{3,4}.

Настало время «собирать камни», рассмотрев успехи и неудачи российской медицины в области «COVID-19-акушерства». В своём докладе на III Общероссийской научно-практической конференции для акушеров-гинекологов «Оттовские чтения» 12–13 ноября 2021 года акад. РАН, проф. М.А. Курцер поделился со слушателями **уникальным опытом** работы акушерского стационара в условиях пандемии COVID-19, рассказав о ведении беременных и родильниц с новой коронавирусной инфекцией.

Первые волны

За весь период пандемии к 8 ноября 2021 года в клинический госпиталь «Лапино» были госпитализированы **376 бере-**

менных и родильниц с новой коронавирусной инфекцией, у которых родились **149 живых детей** (в том числе шесть двоен), в дальнейшем изолированных от COVID-позитивных матерей. При этом не было зафиксировано **ни одного случая гибели новорождённых**. В клинических рекомендациях указано, что разделять мать, инфицированную SARS-CoV-2, и ребёнка не всегда обязательно, поскольку такая практика имеет свои недостатки. В частности, она препятствует поддержанию лактации¹. Однако принимать решение о **совместном пребывании** необходимо, учитывая все риски.

Важное значение для определения тактики имеют особенности клинического течения инфекционного процесса. В разные периоды были зафиксированы отличия в распределении пациенток по **степени тяжести** заболевания. В боль-

[Профильный российский гайдлайн не рекомендует откладывать планирование беременности и рождение детей на постковидный период.]



Марк Аркадьевич Курцер, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, генеральный директор ГК «Мать и дитя» (Москва)

сроку гестации на момент госпитализации ($32,2 \pm 3,8$ нед.). Девять из 12 пациенток были повторнородящими.

В роли заслонов против ковидного цунами грозной весной 2020 года — в сезон неизвестности и локдаунов — врачи использовали препараты самых различных групп. В их числе ингибиторы нейраминидазы и протеазы, аналоги хинина, иммуномодуляторы, антибактериальная терапия, глюкокортикоиды. Активно начали применять и оценивать эффективность ингибиторов интерлейкина-6 (ИЛ-6). На старте пандемии эти иммунные биопрепараты назначали пациенткам с тяжёлым и крайне тяжёлым течением COVID-19 только после родоразрешения.

Пять родильниц, поступивших в клинический госпиталь «Лапино» на 1–21-е сутки после родов, были выписаны домой с выздоровлением. Из 79 беременных роды произошли у 23 пациенток (в 73,3% — путём операции кесарева сечения). В 50 наблюдениях

В отличие от первой волны, когда диагноз COVID-19 у беременной де-факто означал госпитализацию, пациентки с **лёгкой степенью** тяжести поступали на стационарное лечение только **для родоразрешения**. В этот период подходы к терапии были изменены: в прошлое ушли ингибиторы протеаз и аналоги хинина, у родильниц стали применять противовирусные препараты групп азолоазинов и нуклеозидных аналогов.

До 32 нед беременности при неэффективности гормональной и антибактериальной терапии, нарастании пневмонии и провоспалительных маркёров (цитокиновый шторм) с целью **максимального пролонгирования** гестации стали чаще использовать препарат группы ингибиторов ИЛ-6. После его введения отмечали стабилизацию процесса, что позволяло избежать преждевременного родоразрешения. Другие средства этой группы назначали по жизненным показаниям.

В лечении беременных и родильниц с COVID-19 нашли место такие методы, как **экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО)**⁵ и **цитокиновая сорбция**. В частности, при использовании последней у девяти пациенток с цитокиновым штормом (уровень ИЛ-6 в крови превысил 40 пг/мл) после одной–трёх процедур удалось обеспечить снижение концентрации ИЛ-6, детоксикацию и повышение сатурации кислородом.

Из 124 беременных **родили 60** пациенток, из них 48 — в срок. При этом отмечено значительное снижение частоты кесарева сечения — до 28,3%. У двух больных диагностировали внематочную беременность, произошло восемь выкидышей, а 53 женщины с пролонгированной гестацией были выписаны домой.

Эффективность использования вено-венозной ЭКМО была продемонстрирована на **клиническом примере**. Первобеременную пациентку 37 лет госпитализировали на 16-й день заболевания с диагнозом «Беременность 21–22 нед, новая коронавирусная инфекция крайне тяжёлого течения, внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония». При магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявили субтотальное поражение лёгких — примерный объём изменений составил 75%. По жизненным показаниям выполнили малое кесарево сечение.

[У многих женщин после родов врачи наблюдали респираторный дистресс-синдром. Своевременное назначение этим пациенткам процедуры ультрафильтрации приводило к быстрому положительному эффекту.]

шинстве наблюдений ($n=241$), а именно в 64%, её оценили как среднюю, в 9% ($n=33$) — как тяжёлую и в 2% ($n=8$) — как крайне тяжёлую.

В **первую волну пандемии** (март–май 2020 года) были госпитализированы 79 беременных и пять родильниц, в основном с лёгким и среднетяжёлым течением COVID-19, что составило 85,7%. В эти — кажущиеся уже далёкими — дни врачи надеялись, что беременность сопряжена с минимальным риском серьёзных осложнений. Независимо от периода болезни и выраженности лихорадки интерстициальные изменения в лёгких нарастали постепенно — резкого прогрессирования процесса не наблюдали.

Тем не менее тяжёлыми и крайне тяжёлыми формами заболевания страдали 12 женщин (14,3%). В этой подгруппе отмечали тенденцию к более **старшему возрасту** ($35,8 \pm 3,4$ года) и большему

гестация была пролонгирована, в четырёх — диагностирована самопроизвольная потеря плода, в одном — внематочная беременность.

У многих женщин после родов наблюдали **респираторный дистресс-синдром**, который необходимо дифференцировать с отёком лёгких. Своевременное назначение этим пациенткам процедуры ультрафильтрации, которая направлена на изъятие лишней жидкости из организма, приводило к быстрому положительному эффекту.

В период второй волны COVID-19 (октябрь 2020 года — март 2021 года) в клинический госпиталь «Лапино» были госпитализированы 127 беременных и родильниц. Подавляющее большинство из них страдали новой коронавирусной инфекцией лёгкой и средней степени тяжести (33,9 и 57,5% соответственно), тяжёлое и крайне тяжёлое течение установлено в 11 наблюдениях (8,6%).

В течение **73 сут госпитализации** (в том числе 51 сут — в отделении реанимации и интенсивной терапии) пациентка получала антибактериальную и антикоагулянтную терапию, трансфузию компонентов крови, суммарный объём которой составил 26,49 л (!), заместительную почечную терапию в течение 7 сут и курсы ингибиторов ИЛ-6, а также препараты сурфактанта и нормального человеческого иммуноглобулина. **Вено-венозную ЭКМО** выполняли в течение **39 сут**, после чего состояние женщины позволило отключить её от аппарата ЭКМО, а ещё через 7 сут — экстубировать. На 59-й день госпитализации МРТ подтвердило умеренную положительную динамику в виде разрешения ретикулярных изменений в правом лёгком и улучшения пневматизации его верхушки.

Буря продолжается

Третья волна COVID-19 (апрель—август 2021 года) была вызвана в первую очередь дельта-штаммом — его мутации в гене S-белка позволяют вирусу **успешнее уклоняться** от антител и **быстрее проникать** в клетки организма. В клинический госпиталь «Лапино» за это время было госпитализировано 109 беременных и родильниц. Неприятная особенность описываемого периода — крайне низкая частота **лёгких форм** течения инфекции по сравнению с двумя предыдущими волнами: всего девять женщин (8,3%).

Среднюю степень тяжести зафиксировали в 80 наблюдениях, что составило 73,4%, тяжёлую и крайне тяжёлую — в 20 (18,3%). Лечебные подходы вновь претерпели существенные изменения — специалисты стремились свести к минимуму использование искусственной вентиляции лёгких, заменяя её **высокопоточной оксигенацией** и **неинвазивной вентиляцией лёгких**.

Для третьей волны было характерно **быстрое прогрессирование** заболевания

[При молниеносном прогрессировании пневмонии до субтотально-тотальной целесообразно выполнить раннее родоразрешение для улучшения экскурсии лёгких и расширения терапевтических возможностей.]

с нарастанием симптомов дыхательной недостаточности и объёма поражения лёгочной ткани. Это привело к более частому использованию ингибиторов ИЛ-6. При родоразрешении пациенток с цитокиновым штормом предпочтение также отдавали операции **кесарева сечения**.

Известно, что после родов происходит **увеличение экскурсии** лёгких и диафрагмы. Впрочем, при тяжёлом течении заболевания завершение гестации может и не привести к ожидаемому улучшению состояния, однако оно **расширяет возможности** для назначения биологической терапии, цитостатиков, мощных антибактериальных и противовирусных средств.

Из 105 беременных третьей волны, госпитализированных в клинический госпиталь «Лапино», у **51 женщины** произошли роды (частота кесарева сечения достигла **84,3%**!), в том числе 35 — в срок. Установлено семь самопроизвольных потерь гестации и одна внематочная беременность. Четыре родильницы и 46 беременных были выписаны домой с выздоровлением. Две женщины погибли: одна — на 57-е сутки после родов, вторая — на 22-е сутки после прерывания беременности.

Сегодняшняя, уже **четвёртая волна** COVID-19, отсчёт которой начат в сентябре 2021 года, сходна с предыдущей по клиническому течению и ведению пациенток. В этот период к 8 ноября в клинический госпиталь «Лапино» были направлены **54 беременные и две родильницы** с новой коронавирусной инфекцией. Средняя степень тяжести заболевания установлена в 48 наблюдениях (86%), тяжёлая и крайне тяжёлая — в восьми (14%).

Гестация завершилась **родами** в 20 наблюдениях (65% — путём операции кесарева сечения). У одной женщины диагностировали внематочную беременность. Произошло также три ранних выкидыша. Домой выписаны 30 женщин с пролонгированной гестацией. Одна родильница выписана домой, одна — продолжает лечение.

Опасной тенденцией, характерной для четвёртой волны, стало изменение течения новой коронавирусной инфекции — **молниеносное прогрессирование** пневмонии до субтотально-тотальной с последующими сепсисом и полиорганной недостаточностью. В этой ситуации особенно значимы перечисленные ниже клинические подходы.

- Назначение **блокаторов рецепторов** к ИЛ-6 с целью подавления цитокинового шторма.
- **Раннее родоразрешение** для улучшения экскурсии лёгких и использования терапии, не разрешённой во время беременности.
- Применение **цитостатических препаратов** в послеродовом периоде.



Подводя итоги, докладчик на основании собственного опыта лечения пациенток с COVID-19 охарактеризовал важнейшие изменения тактики ведения беременных и родильниц, произошедшие со времени первой волны.

В отличие от весны 2020 года сейчас медицине доступна **вакцинация беременных** групп риска тяжёлого течения COVID-19, начиная с 22 нед гестации. Этот подход — **основа профилактики** опасных осложнений. В то же время, как и на заре пандемии, **своевременная диагностика** и **немедлительная терапия** COVID-19 позволяют инфицированной беременной или родильнице преодолеть коронавирусные волны. **SP**

[В отличие от весны 2020 года сейчас медицине доступна вакцинация беременных групп риска тяжёлого течения COVID-19 с 22 нед гестации. Этот подход — основа профилактики опасных осложнений.]

Библиографию см. на с. 102—110.

не для передачи...

Интервью с директором юридической компании «Правовой медицинский контроль» Мариной Анатольевной Агапочкиной
(Екатеринбург)

Беседавал: Александр Васильевич Иванов,
StatusPraesens (Москва)

Канцелярский язык приказов как будто специально создан, чтобы запутать того, кто их читает, — живопись рассказывает о последствиях тех или иных поступков куда доходчивее. В 1515 году Иероним Босх закончил свой знаменитый триптих «*ад земных наслаждений*». Слева — рай: непорочные Адам и Ева среди фантастических растений, животных и птиц. Посередине — земное бытие: разнообразные формы разврата. Справа — ад: истязание несчастных грешников монстрами, играющими в кости, — кому что выпадет.

В том же году во Франции был напечатан медицинский трактат Жака де Бетенкура, «основанный на научных доказательствах и описывающий последовательность действий с учётом осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов». В нём впервые был использован термин «*венерические болезни*», и его, конечно, читал молодой врач Франсуа Рабле, написавший впоследствии не только «Гаргантюа и Пантагрюэль», но и книгу о том, как лечить сифилис. А какие правила регулируют оказание помощи при инфекциях, передаваемых половым путём, сегодня?

SP Уважаемая Марина Анатольевна, не проходит недели, чтобы в новостях не появилось сообщений об очередном уголовном деле или гражданском иске в связи с некачественным оказанием медицинской помощи. Врачи всё чаще задают вопрос, на что они имеют право с точки зрения юристов — какие болезни лечить, какие исследования назначать, какие лекарства использовать. При этом в клинических рекомендациях, в которых должны быть чётко прописаны алгоритмы действий при конкретных заболеваниях, как правило, нет указаний, какой специалист выполняет то или иное вмешательство. Кто отвечает за правильность ведения пациентки в целом?

Марина Анатольевна Агапочкина (М.А.): В течение последних двух лет о клиниче-

ских рекомендациях говорили так много, что это могло привести к завышенным ожиданиям: делай, что в них написано, и будешь защищён от любых претензий на 100%. Однако выполнение только этих требований ещё не говорит о правильности ведения пациентки.

Во-первых, согласно ст. 2 «Основ охраны здоровья граждан в РФ»¹, качество медицинской помощи определяется своевременностью её оказания, адекватностью выбранных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степенью достижения запланированного результата. В ст. 10 закона перечислен целый ряд инструментов, позволяющих всё это обеспечить, в том числе бесплатное предоставление всего необходимого объёма помощи в соответствии с программой государственных гарантий. Во-вторых,

если дело доходит до суда, он изучает все имеющиеся доказательства, а не один регламентирующий документ.

Конечно, с 1 января 2022 года клинические рекомендации становятся основой для оказания медицинской помощи и разработки критериев оценки её качества — наряду с порядками. О том, что акушер-гинеколог должен руководствоваться этими документами при направлении на диагностические исследования и консультации, а также при назначении лечения, написано и в профессиональном стандарте, утверждённом приказом Минтруда РФ №262н². Обязанность обеспечить условия для этого (включая наличие необходимых специалистов и материально-технической базы) возложена на медорганизацию³.

Речь идёт о «новых» клинических рекомендациях, созданных в соответствии



Арапочкина Марина Анатольевна,
директор юридической компании
«Правовой медицинский контроль»
(Екатеринбург)

с требованиями приказа Минздрава РФ №103н⁴, прошедших **экспертизу** и утверждённых профессиональным сообществом после **одобрения Научно-практическим советом**. Они будут **вводиться в действие поэтапно**, до 1 января 2024 года⁵, а применение «старых» гайдлайнов ограничено 31 декабря 2021 года⁶.

Важной новацией стал принцип **«одна нозология — один документ»**: фактически он означает требование расписать весь процесс оказания медицинской помощи с момента первого обращения до окончания лечения. При этом понятно, что заболевание или состояние может быть **не только основным**, но и сопутствующим.

Напомню, что, согласно ст. 70 Федерального закона №323-ФЗ, **организация** своевременного квалифицированного **обследования и лечения** пациента — **функция лечащего врача**. Если **основной диагноз** — гинекологическое заболевание, доброкачественное новообразование молочной железы или беременность, роды и послеродовой период, в этой роли выступает **акушер-гинеколог**. Именно он обеспечивает адекватное оказание медицинской **помощи в целом**. При этом обязательность проведения некоторых исследований и консультаций установлена приказом Минздрава РФ №1130н⁷.

SP Одна из самых частых причин обращений в женскую консультацию — патологические выделения, причиной которых часто становятся инфекции, передаваемые половым путём (ИППП)⁸. Может ли акушер-гинеколог назначить лабораторные анализы в целях дифференциальной диагностики с ИППП, если в приказе Минздрава РФ №924н⁹ сказано, что первичную специализированную медицинскую помощь при этих заболеваниях оказывает только дерматовенеролог и она не включена в базовую программу ОМС¹⁰?

М.А.: Я бы выделила два аспекта этой проблемы: собственно **полномочия** акушера-гинеколога и **особенности** оплаты медицинской помощи, предусмотренной программой госгарантий.

Согласно **профессиональному стандарту** акушера-гинеколога, в рамках его трудовых функций предусмотрены действия при **выявлении инфекционных заболеваний** у женщин (без конкретизации пути заражения). В п. 68 порядка по акушерству и гинекологии сказано, что одна из целей профилактических приёмов — **ранняя диагностика ИППП**. Прямые **предписания назначать** соответствующие лабораторные исследования есть в «новых» **клинических рекомендациях** «Нормальная беременность»¹¹ (для обнаружения бледной трепонеми, гонококка и трихомонад) и «Воспалительные болезни женских тазовых органов»¹² (для нахождения *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*). Более того, предусмотрено **участие акушера-гинеколога** в лечении **беременных с ИППП**; а при наличии у них **хламидийной инфекции** и урогенитальных заболеваний, вызванных **микоплазмой**, терапию вообще проводят в **учреждениях акушерско-гинекологического профиля**.

В порядке по профилю «**дерматовенерология**» сказано, что первичную специализированную медицинскую помощь больным оказывает дерматовенеролог. Однако в этом же документе сделана оговорка, что при **воспалительных заболеваниях органов малого таза** и при **беременности** к лечению пациентки нужно привлекать **акушера-гинеколога**. А вот обязанность направлять женщину с признаками ИППП (в том числе с симптомами вульвовагинита и цервицита) на **консультацию дерматовенеролога** преду-

смотрена только для терапевтов, педиатров и врачей общей практики, что выглядит несколько странно.

Таким образом, утверждать, что акушер-гинеколог не вправе обследовать пациентку на предмет ИППП, нельзя. С учётом того, что **симптоматика может быть неспецифичной** и исключить этот диагноз без лабораторных анализов невозможно, **отказ от их назначения** будет расцениваться как **дефект медицинской помощи**.

В отношении финансирования ситуация следующая. Согласно **программе госгарантий**, первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь при ИППП действительно **не включена в базовую программу ОМС** и должна быть оплачена за счёт ассигнований **регионального бюджета**. При этом орган власти субъекта РФ **определяет конкретных получателей** бюджетных средств¹³. Поэтому если медицинская организация не входит в их число, денег от государства она не получит.

Хочу обратить внимание на два момента. Во-первых, «оказание помощи при ИППП» начинается только с **момента установления такого диагноза**. Во-вторых, ссылка на конкретный **источник финансирования**, предусмотренный программой государственных гарантий, **не может быть препятствием** для выполнения обязательств по выявлению и лечению заболеваний.

SP Как должен поступать акушер-гинеколог, если пациентка с предварительным диагнозом гонореи отказывается от консультации дерматовенеролога? Можно ли предложить ей пройти необходимые исследования в рамках платных услуг?

М.А.: Право пациента на получение платных услуг **закреплено законом**, но в данном случае важно соблюдение **нескольких условий**. Правила, утверждённые Постановлением Правительства РФ №1006¹⁴, требуют выполнения порядков оказания соответствующей медицинской помощи и предварительного **информирования** о возможности её **бесплатного получения** по программе госгарантий.

Как мы уже говорили, в порядке написано, что по общему правилу первичную медико-санитарную помощь при ИППП оказывает **дерматовенеролог**. Поэтому

пациентку с диагнозом «гонорея», установленным акушером-гинекологом на первом приёме¹⁵, нужно направить на консультацию к дерматовенерологу и отразить этот факт в медицинской документации. Если же врач предполагает иной диагноз (например, вульвовагинит), он вправе проводить дифференциальную диагностику, назначая любые необходимые исследования. Причём лечение пациентке может быть рекомендовано сразу.

Напомню, что в клинических рекомендациях «Гонококковая инфекция» (2021)¹⁶ перечислены также ситуации, когда лечащий врач обязан назначить анализы для исключения этого заболевания даже в отсутствие симптоматики: в рамках прегравидарной подготовки; во время беременности; перед инвазивными вмешательствами и операциями на репродуктивных органах; при перинатальных потерях и бесплодии в анамнезе; после изнасилования.

SP Нужно ли указывать в медицинской документации, что половому партнёру пациентки с ИППП рекомендована консультация дерматовенеролога, учитывая, что проконтролировать её выполнение невозможно?

М.А.: Федеральный закон №323-ФЗ требует сообщать пациентам о предполагаемых результатах лечения, которые в случае ИППП зависят от того, будет ли предупреждено повторное заражение. Эта обязанность возложена на лечащего врача. Клинические рекомендации называют обследование и лечение половых партнёров мерой профилактики ИППП, о чём написано в разделе «Информация для пациентов».

На мой взгляд, любые рекомендации врача должны быть отражены в медицинской документации. Что же касается невозможности проконтролировать явку партнёра к дерматовенерологу, то это не входит в функции акушера-гинеколога. Кроме того, санитарное законодательство¹⁷ устанавливает порядок информирования органов Роспотребнадзора, которые уполномочены проводить эпидемиологическое расследование.

SP В клинических рекомендациях «Нормальная беременность» сказано, что в I и III триместрах нужно выполнять микроскопию вагинального отделяемо-

го на гонококк и трихомонаду, а также определять антитела к бледной трепонеме в крови. Должен ли акушер-гинеколог подавать экстренное извещение в органы Роспотребнадзора при положительных результатах исследований?

М.А.: В сентябре 2021 года вступили в силу новые «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»¹⁸, которые предписывают выявлять больных инфекционными заболеваниями (и лиц с подозрением на них) врачам всех специальностей, включая акушеров-гинекологов. В том числе при получении результатов лабораторных исследований биологического материала. О каждом таком случае необходимо сообщать в территориальный орган Роспотребнадзора по месту выявления больного (независимо от места жительства): по телефону — в течение 2 ч, письменно или в электронном виде — не позднее 12 ч (кроме того, в медорганизации нужно вести журнал учёта). Если в дальнейшем диагноз будет изменён или уточнён, экстренное извещение должно быть подано повторно.

[Первичную специализированную медицинскую помощь при ИППП оказывает дерматовенеролог, однако при беременности и при ВЗОМТ в лечении пациентки должен обязательно участвовать акушер-гинеколог.]

Отмечу, что форма №89/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальных бородавок, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»¹⁹ была отменена в 2015 году, однако Минздрав РФ рекомендовал её использовать до утверждения нового документа²⁰. В инструкции по её заполнению сказано, что в течение 3 дней извещение необходимо направлять в территориальный кожно-венерологический диспансер, а дубликат — в территориальный отдел Роспотребнадзора по месту фактического проживания больного. Поэтому уточняю, что при информировании органов Роспотребнадзора следует руководствоваться требованиями СанПин 33686—21.

SP Может ли акушер-гинеколог самостоятельно назначить лечение хламидийной инфекции, например, если пациентка не хочет идти в кожно-венерологический диспансер? Тем более что клинические рекомендации²¹, которыми будет руководствоваться дерматовенеролог, опубликованы на официальном сайте Минздрава РФ cr.minzdrav.gov.ru и общедоступны.

М.А.: Несмотря на то что приказ Минздрава РФ №103н не требует указания целевой аудитории, в клинических рекомендациях «Хламидийная инфекция» (2021) такой перечень есть, и в него включены акушеры-гинекологи. В то же время в документе написано, что лечение этого заболевания в учреждениях акушерско-гинекологического профиля предусмотрено только для беременных. Про остальных сказано, что в основном терапию проводит дерматовенеролог в амбулаторных условиях.

Тем не менее при правильно оформленном отказе пациентки от лечения у дерматовенеролога я не вижу каких-либо законных оснований для нека-

зания медицинской помощи акушером-гинекологом — ни один нормативный правовой акт этого не предусматривает. «Основы охраны здоровья граждан в РФ» не только закрепляют приоритет интересов пациента, но и запрещают любые формы дискриминации, в том числе в связи с наличием или отсутствием беременности.

Что же касается особенностей финансирования тех или иных лечебных учреждений, то правоприменительная практика показывает, что суды не считают этот аспект важным для принятия решения об оказании медицинской помощи. Тем более что существует вариант предоставления возмездных услуг. **SP**

Библиографию см. на с. 102—110.

Глас вопиющего в пустыне страха

(чем связано нежелание использовать акушерские щипцы?



Авторы: Валерий Георгиевич **Волков**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии Медицинского института ТулГУ; Елена Сергеевна **Макарова**, главный врач родильного дома №1 им. В.С. Гумилевской; Игорь Юрьевич **Копырин**, зам. главного врача по лечебной работе того же родильного дома; Екатерина Александровна **Лохмачёва**, канд. мед. наук, акушер-гинеколог отделения патологии беременности того же родильного дома (Тула)

Некогда считавшиеся незаменимыми, имевшие весьма распространённую географию использования **акушерские щипцы** в настоящее время пребывают не просто в «опале» — их положение можно считать последней ступенькой перед **уходом в небытие**. Время от времени к нам в редакцию приходят материалы о неоднократном успешном их применении в том или ином учреждении. Однако насколько эти голоса способны **переломить** общую тенденцию прохладного отношения к инструменту? Попробуем разобраться, взяв за основу исследование наших тульских коллег из родильного дома №1 им. В.С. Гумилевской.

Причиной внимания к акушерским щипцам послужила впечатляющая частота **абдоминальных родоразрешений** в этом учреждении, превышающая среднероссийские: в 2016 году их доля составила **36,3%**, а в 2020 году ещё больше — **38,1%**.

Альтернативу кесареву сечению при некоторых акушерских ситуациях сотрудники учреждения увидели в **оперативном влагалищном родоразрешении**. Слабость потуг, дистресс-синдром плода, резкое ухудшение состояния роженицы — осложнения, при которых в случае **правильной оценки** расположения головки по отношению к плоскостям таза целесообразнее будет оперативно закончить роды *per vias naturales*, поскольку при таком выборе есть несомненное преимущество во временном факторе.

Методы и результаты

В исследование тульских коллег вошли следующие группы: первая включала 72 женщины, родоразрешённых с помощью наложения **акушерских щипцов** (у 43 использовали выходные, у 29 — полостные щипцы), и вторая, состоящая из 21 пациентки, которым применяли **вакуум-экстракцию** плода.

Показаниями для наложения акушерских щипцов послужили: острая **гипоксия плода** — у 53 пациенток, **слабость потуг** — у шести женщин, в 13 наблюдениях выявили их сочетание. Вакуум-экстрактор использовали у 16 рожениц из-за слабости потуг и у пяти — из-за острой гипоксии плода.

Пациентки были **сопоставимы** друг с другом по **возрасту** ($31,45 \pm 0,31$

и $31,67 \pm 0,41$ года соответственно) и **индексу массы тела** ($28,15 \pm 0,41$ и $28,21 \pm 0,39$ кг/м² соответственно) — достоверных различий по этим показателям между участниками исследования выявлено не было, так же как и при анализе **сроков беременности** на момент родоразрешения: с помощью акушерских щипцов — $39,91 \pm 0,09$ нед, в группе с наложением вакуум-экстрактора — $39,87 \pm 0,13$ нед.

Для рожениц оперативное вагинальное родоразрешение стало причиной ещё нескольких вмешательств — всем производили **эпизиотомию**, а после наложения акушерских щипцов ещё и **ручное отделение плаценты** и **выделение последа**. У 52 женщин наложение акушерских щипцов сопровождали **разрывы** слизистой оболочки влагалища.

Вопреки распространённому мнению оперативные роды *per vias naturales* не были ассоциированы с **повышенной кровопотерей** — она составила 285 ± 13 мл при использовании щипцов и 270 ± 20 мл — вакуум-экстрактора.

В подавляющем большинстве случаев оперативное вагинальное родоразрешение не оказало негативного влияния на состояние здоровья новорождённых — в **удовлетворительном** состоянии извлекли щипцами 65 детей (90,2%), в группе использования вакуум-экстрактора — 19 (90,4%). У троих новорождённых из первой группы и одного из второй в связи с асфиксией при рождении в родильном зале проводили реанимационные мероприятия с последующим лечением в отделении детской реанимации.

Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте была $7,15 \pm 0,08$ балла у извлечённых с помощью акушерских щипцов, $7,2 \pm 0,06$ — после вакуум-экстракции; на 5-й минуте — $8,32 \pm 0,07$ и $8,41 \pm 0,04$ балла соответственно. Кефалогематомы возникали чаще после использования вакуум-экстрактора — у четырёх детей второй группы (19%) по сравнению с семью (9,7%) из первой группы. Кровоизлияний в сетчатку глаза и травм шейного отдела позвоночника у новорождённых не отмечали.

Резонные выводы

Проанализировав полученные результаты, авторы пришли к следующим выводам. Акушерские щипцы **нельзя полностью исключить** из арсенала современного оперативного акушерства или заменить вакуум-экстракцией плода и кесаревым сечением. Абдоминальное родоразрешение при некоторых условиях будет слишком **травматичным** для женщины и ребёнка. Вакуум-экстракция плода при определённом расположении головки не позволяет **быстро и бережно** родоразрешить пациентку через естественные родовые пути, например, при острой интранатальной гипоксии. Наложение акушерских щипцов во втором периоде родов **не повышает риск травмы** новорождённого и **не отягощает** течение послеродового периода.

При правильном и своевременном наложении акушерских щипцов в большинстве случаев новорождённые находятся на **совместном пребывании**, их выписывают домой в удовлетворительном состоянии на **4-е сутки**, как и при самостоятельных родах.

Наиболее актуальным в разрезе снижения частоты операций кесарева сечения авторы видели применение акушерских щипцов при наличии **экстрагенитальных заболеваний**, требующих исключения потужного периода, или при необходимости экстренного родоразрешения при острой интранатальной гипоксии плода и положении головки не выше узкой части полости малого таза.

Исследователи также решили, что, несмотря на **небольшую частоту применения**, влагалищные родоразрешающие операции, в частности акушерские щипцы, сегодня и в будущем уверенно занимают и будут занимать свою нишу в снижении частоты операций кесарева сечения. При ряде акушерских ситуаций этот метод остаётся **незаменимым** в отношении быстрого родоразрешения, минимизации вероятных рисков для матери и плода и получения **благоприятного результата**.

Аналогичные публикации в **защиту** акушерских щипцов время от времени выпускают отечественные и зарубежные акушеры-гинекологи, но что мешает **распространению** этих взглядов в практическом родовспоможении?



© Svetlana Bekina / Коллекция/Stock

[Несмотря на небольшую частоту применения, влагалищные родоразрешающие операции, в частности акушерские щипцы, уверенно занимают свою нишу в снижении частоты операций кесарева сечения.]

Акушерские щипцы: от любви до ненависти и страха

В большинстве отечественных учебников конца тысячелетия краткую историю акушерских щипцов представляли **стандартно**: меркантильное семейство Чемберлен* (Chamberlen) предавали анафеме, **первооткрывателем** предлагали считать фламандского хирурга Жана Пальфина (Jean Palfyn), создавшего в 1720 году «**железные руки**», представленные в 1723 году Парижской медицинской академии¹.

Акушерские щипцы делили на русские, английские, немецкие и французские, существующие в сотнях вариаций, в качестве используемых упоминали только **единичные модели**: Симпсона—Феноменова, Лазаревича, Килланда и Пайпера. На этом познания большинства врачей относительно истории инструмента заканчиваются. Между тем хроника **взлётов и падений** популярности «железных рук» захватывающе интересна, а причины любви и ненависти к этому инструменту нередко меняли свой вектор под влиянием факторов, **не имеющих** отношения к медицине.

Каждый раз, когда на инструмент возлагали большие, но **не оправданные** в дальнейшем надежды, его немедленно подвергали опале. Первый эпизод такого «разочарования» относят к периоду «**секретного**» **владения** инструментами семьёй Чемберлен. В августе 1670 года внук Питера Чемберлена-младшего — Хуго Чемберлен (Hugh Chamberlen) — самоуверенно предложил окончить в течение нескольких минут затяжные, длительностью более недели роды у 38-летней первородящей с **анатомически узким тазом**. После 3 ч безуспешных попыток он признал своё поражение, роженица скончалась от множественных разрывов матки, а королевский лейб-медик категорически отказался от покупки «секретного инструмента». Так впервые от акушерских щипцов, ещё даже не имевших этого названия, отвернулись как от ненужного и **опасного средства**. Ренессанс смог наступить только через полвека с другой формой инструмента и новым изобретателем — **Пальфином**.

Высокоморальным и этичным поведение членов семьи Чемберлен не

назовёшь — чего только стоят **аферы** с продажей одной ложки вместо двух, причём за баснословные деньги, но в мастерстве им не откажешь — «железные руки Пальфина» были технически **менее совершенны** и требовали доработки.

Полёт научной мысли

Процесс усовершенствования приобрёл поистине взрывной характер — появились тазовая кривизна, несколько вариантов замков, меняли длину и форму ручек и так далее, — былую осторожность и опаску акушеров сменила **одержимость** в создании «своих» вариантов инструмента, и через полтора века перечень авторских описаний уже насчитывал не одну сотню.

От полёта мысли инженерной не отставала **хирургическая**: «родовспомогательные клещи» накладывали «на подлежащую задницу», использовали для поворота головки плода, её низведения в полость таза и даже для сжимания с целью уменьшения диаметра



Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерству и гинекологии городской клинической больницы им. Е.О. Мухина, зав. перинатальным центром той же больницы, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов (Москва)

[В процессе усовершенствования акушерских щипцов появились тазовая кривизна, варианты замков и ручек — и через полтора века насчитывали уже не одну сотню видов инструмента.]

для прохождения через суженные родовые пути². Столь **широкие показания** не могли не отразиться на результате: «Роды с помощью щипцов часто приводят к смерти детей»³. В течение первых 100 лет использования «железных рук» акушерское общество **поляризовалось**: немецкий акушер Фридрих Осиандер (Friedrich Oslander) применял их в 40% всех родов, а практикующий в Вене Йоханн Боер (Johann Boër) — лишь в 0,37%⁴.

Переход от максимального увлечения инструментом к падению его популярности был поэтапным и начался к середине XIX века, когда стали **сокращать**

показания и условия к его применению: отказались от сильного сжатия головки с целью уменьшения размера, её вращения при высоком расположении^{2,3}, также стали дополнять тракции внешними пособиями — **выжиманием плода**, предложенным Самюэлем Кристеллером (Samuel Kristeller)⁵.

Некоторые акушеры даже стали **использовать** самими щипцами: в 1849 году акушер из Эдинбурга Джеймс Симпсон

* Чаще всего в качестве изобретателя упоминают Питера Чемберлена (Peter Chamberlen), однако это имя носили и старший (около 1560–1631), и младший (1572–1626) брат, а также сын младшего (1601–1683).

(James Simpson) предложил прибор под названием **Air-tractor** — прообраз современного вакуум-экстрактора, — правда не получивший широкого распространения. Немецкая акушерская школа во второй половине XIX века в качестве альтернативы высоким акушерским щипцам первой допустила целесообразность кесарева сечения⁶, также в качестве родоразрешающей операции в мире стала приобретать популярность **симфизiotомия**. К концу дореволюционного периода отечественной медицины акушерские щипцы применяли в 1,31% от всех родов в стационаре, которые составляли... **6,32%** всех рождений в Российской империи⁷.

Взлёты и падения

«Золотым веком» акушерских щипцов можно считать период послевоенного развития здравоохранения до появления перинатального акушерства. Процентная доля родов с их помощью была невелика — от 0,5 до 1%. Превышение в некоторых учреждениях до 3—5% сразу же **привлекало внимание** главного акушера-гинеколога и местных органов здравоохранения, но, учитывая наибольший охват всех рожениц государственными родовспомогательными учреждениями, в абсолютных цифрах это был **максимальный показатель** за всю их историю⁸.

После этого акушерские щипцы только сдавали свои позиции. Основным конкурентом инструмента стал **вакуум-экстрактор**, сначала модели Tage Мальстрёма (Tage Malmström), появившийся в 1957 году и послуживший прототипом для последующих вариаций, а также операция **кесарева сечения**. В то время можно было говорить о взаимном влиянии одного способа родоразрешения на другой: до появления

[Усиление мощности информационных потоков привело к распространению «страшных историй про акушерские щипцы» в медиапространстве, и ко всем аргументам был добавлен прессинг общества.]

вакуум-экстрактора частота кесаревых сечений была сопоставима с применением щипцов и варьировала в пределах от 0,2 до 0,8%.

Однако спустя всего два-три десятилетия величины стали несопоставимы: кесарево сечение применяли в **9%** всех родов, акушерские щипцы — в **0,5%**, вакуум-экстракцию — в **0,2%**⁹. Из акушерских операций если что и будет способно в обозримом будущем влиять на частоту абдоминальных родоразрешений, так это вакуум-экстракция плода, в основном благодаря популяризации одноразовых систем, к слову сказать, имеющих совершенно неоправданную **высокую стоимость**. С минимальной частоты оперативных родов с участием вакуум-экстрактора — 0,02% в 2002 году — она выросла в 60 раз и составила к 2018 году уже 1,2%^{10,11}.

Имеем ли право?

Помимо технических вопросов на решение использовать акушерские щипцы или отказаться от них влияют обстоятельства, лежащие **вне медицинской науки** и практики и, стало быть, нам не подчиняющиеся. Главный вопрос — юридический, требующий обосновать выбор медицинского инструмента.

Первые попытки присоединения этого аспекта к профессиональному спору произошли ещё в начале XX века в ходе дискуссии относительно **правомочности** наложения «высоких щипцов». Исключительно научные аргументы спора одной стороны («На

основании только что приведённых литературных данных и собственных наблюдений мы позволим себе прийти к заключению, что наложение высоких щипцов никоим образом не является такой в высокой степени опасной акушерской операцией для жизни матери и плода, как это принимается многими авторами»⁴) против другой («Щипцы над входом таза являются вмешательством, сопровождающимся таким риском и столькими опасностями для матери и для ребёнка, что врач никогда не должен к ним прибегать»¹²) были дополнены новыми: «Такое вмешательство должно даже рассматриваться как грубая профессиональная ошибка, и необходимо, чтобы врач помнил, что он несёт полную ответственность за все возможные последствия»¹².

Ответственность — понятие довольно растяжимое, простирающееся от врачебного разбора до заседания уголовного суда, и, прибавившись к и без того непростому выбору, оно иногда приводило к **парадоксальным выводам**: «Думается, что врачу-неспециалисту, каким поневоле является участковый врач, лучше не накладывать высоких щипцов. Но в его практике высокие щипцы придётся заменить не кесарским сечением, если у него нет хирургических возможностей, а перфорацией головки даже живого плода»¹³.

Свою лепту в репутацию акушерских щипцов как **травматичного инструмента** внесли учебные пособия и различные проекты клинических рекомендаций по неонатологии и педиатрии: несмотря на почти полное исчезновение инструмента из акушерской практики к началу нового века, его продолжают упоминать в качестве **ведущей причины** родовой травмы¹⁴. Особый риск представляют акушерские щипцы, наложенные по причине респираторного дистресс-синдрома плода, осложнённого в последующем

[Из акушерских операций если что и будет способно в будущем влиять на частоту кесаревых сечений, так это вакуум-экстракция плода благодаря популяризации одноразовых систем.]

поражением центральной нервной системы (ЦНС). Как будет расценён генез повреждения — как **гипоксический** или **травматический**, не знает никто, и вероятность **подмены причины** использования инструмента (гипоксия плода) **последствием** его применения (повреждение ЦНС) существует всегда.

Усиление **мощности** информационных потоков привело к широкому распространению «страшных историй про акушерские щипцы» в медиапространстве, и ко всем существующим аргументам был добавлен **прессинг** общества.

И теперь дело заключается не столько во **владении техникой** или в ней самой — последние десятилетия её не меняют, — сколько в её сравнении армией непрофессионалов с другими вариантами родоразрешения. Убедиться в том, что это ярлык, символ, **оторванный от реальности**, можно, просто оглянувшись назад.

Здравый смысл

Сейчас сложно представить, но когда-то существовали **«щипцы по желанию»**, с ростом частоты которых призывали бороться. Не удержусь привести два абзаца из замечательного руководства М.С. Малиновского «Оперативное акушерство», изданного в **1955 году**:

«Гуманные щипцы» (“Luxuszange” — у немцев, “operation par complaisance” — у французов) — операции, не вызываемые необходимостью. Кроме перечисленных **строгих показаний** к наложению щипцов, практический врач может встретиться ещё с одним показанием, о котором надо сказать несколько слов. Очень часто при затянувшихся родах врачу приходится выдерживать настоящую атаку в виде мольбы, просьб, даже требований измученной роженицы

и потерявших терпение родственников, которые **настаивают** на окончании родов с помощью щипцов. Следовательно, здесь показанием к щипцам будет исключительно только сокращение родового акта как такового.

Необходимо самым энергичным образом возражать против применения щипцов в таких случаях и не менее настоятельно рекомендовать акушеру **воздерживаться** от наложения их. За укорочение родового акта с помощью акушерских щипцов роженица нередко платится тяжёлым заболеванием. Не следует забывать, что щипцы, даже типичные (а в данном случае о них только и может идти речь), могут оказаться “кровавым инструментом”. Кроме того, они могут отразиться и на последующей **судьбе детей**. Имеются указания, что некоторые из детей, при рождении которых применялись щипцы, на всю жизнь сохраняют известную степень дефективности в той или иной области. “Из любезности” и по всякого рода ложным мотивам акушер накладывать щипцы не должен».

Поменяйте «щипцы» на «кесарево сечение», и текст станет актуальнейшим для XXI века. **Отношение** к акушерским щипцам — не только следствие развития акушерства, это ещё и результат **воздействия общества**. Понятие «C-sections are luxurious choice»* заменило в массовом подсознании «Luxuszange», и при любом случае неидеального исхода родов врача могут обвинить в **недостаточном усердии**, а именно в несделанном необходимом, по мнению общества, кесаревом сечении. И до тех пор, пока практическая медицина не будет иметь **юридическую защиту** от подобных влияний (а этого не будет, наверное, уже никогда), тот или иной инструмент или способ будет отпугивать как врачей, так и их пациентов.

* Кесарево сечение — роскошный выбор.

[Свою лепту в репутацию акушерских щипцов как травматичного инструмента внесли учебные пособия и проекты клинических рекомендаций: несмотря на почти полное исчезновение инструмента из акушерской практики, его продолжают упоминать в качестве ведущей причины родовой травмы.]



Учитывая **мизерную** распространённость использования акушерских щипцов — всего лишь доли (!) процента — на фоне частоты абдоминальных родоразрешений, давно выраженной двузначными числами, можно прогнозировать, что даже при полном отказе от первого метода в пользу второго отряд не заметит потери бойца. В этом плане вывод тульских коллег о том, что «акушерские щипцы сегодня и в буду-

щем уверенно занимают и будут занимать свою нишу в снижении частоты операций кесарева сечения», выглядит чрезмерно **оптимистичным**: около 700 наложенных в 2018 году акушерских щипцов — капля в море на фоне 470 тыс. кесаревых сечений.

Остаётся надежда на клинические рекомендации, **регламентирующие** применение акушерских щипцов, а также на развитие специализированных образовательных симуляционных центров, позволяющих практикующим акуше-

рам-гинекологам оттачивать свои навыки в наложении этого инструмента без риска для пациентов. Существует небольшая вероятность, что это позволит «железным рукам» не превратиться в **артефакт** окончательно, однако надеяться на большую популярность медицинского инструмента в обозримом будущем при существующих ярлыках вряд ли стоит. **SP**

Библиографию см. на с. 102–110.

персона нон грата

Клинический случай гетеротопической беременности:
можно ли предвидеть?



Автор: Екатерина Викторовна Борисова, врач акушер-гинеколог лаборатории «Гемотест» (Москва)

Копирайтинг: Мила Мартынова

Есть такая поговорка — оказался **не в то время не в том месте**. И действительно, некоторые жизненные события трудно прогнозировать и предотвращать, поскольку происходят они неожиданно и по воле его величества случая, застав нас врасплох и вынуждая лишь исправлять последствия навалившихся трудностей.

Конечно, сложности делают нас сильнее, но далеко не всегда, особенно если дело касается репродуктивного здоровья и возможности произвести на свет себе подобных. Так, неблагоприятным как для матери, так и для плодов может оказаться исход **гетеротопической беременности (ГБ)**, при которой в полости матки есть плодное яйцо или даже несколько, а формирование и имплантация ещё одного происходят вне полости органа.

Подобное состояние — редкость: оно возникает у одной будущей матери на 30 тыс.^{1,2} Тем не менее в последние годы в связи с использованием современных вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) при лечении бесплодия, в частности с применением стимуляции суперовуляции, **вероятность ГБ увеличилась** до одной на 1000–5000 наступивших беременностей³.

К сожалению, ГБ может быть **неправильно и несвоевременно** диагностирована на ранних сроках гестации из-за её редкости, расплывчатой клинической картины и наличия маточной беременности, что порой может сбить с толку даже опытного клинициста.

Цель лечения — **удаление эктопической беременности с сохранением маточной**, если плод жив⁴. В описываемом ниже клиническом случае спонтанно наступившая ГБ, к несчастью, закончилась неблагоприятно.

Первые звоночки

Пациентка Г. 31 года 2 февраля 2021 года обратилась в частный медицинский центр с жалобами на **скудные коричневые выделения** из половых путей, начавшиеся 29 января 2021 года. В день обращения ей сделали мочевой **тест на беременность**, он оказался **положительным**. Женщине назначили определение концентрации β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (**β -ХГЧ**) в динамике и УЗИ органов малого таза, а также приём прогестерона 400 мг/сут

[Гетеротопическая беременность может быть неправильно и несвоевременно диагностирована на ранних сроках гестации из-за редкости, расплывчатой клинической картины и наличия маточной беременности.]

вагинально. При осмотре: пациентка нормального телосложения, индекс массы тела 23 кг/м² (рост 173 см, вес 69 кг), состояние удовлетворительное, гемодинамика не нарушена.

Гинекологическое обследование. Наружные половые органы сформированы правильно. Шейка матки визуально не изменена. Тело матки **незначительно увеличено**, безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненны при пальпации. Выделения из половых путей коричневые, скудные.

Соматический анамнез. Ветряная оспа, корь, коклюш, ОРВИ, миоппия лёгкой степени. Аллергоанамнез: эритема на коже лица после приёма антацидного средства, содержащего алгелдрат и магнезия гидроксид, весен-

ний полиноз. Наследственность **не отягощена**.

Гинекологический анамнез. Менструации с 11 лет, по 5 дней, через 27 дней, регулярные, болезненные, умеренные. Коитархе в 18 лет, в браке (первый). Контрацепция: отрицает. Дата последней нормальной менструации — 4 января 2021 года.

Первая беременность в сентябре 2016 года завершилась лапароскопической **тубэктомией** слева по поводу левосторонней трубной беременности. Вторая и третья (в сентябре 2018 года и в ноябре 2019 года) окончились **полным самопроизвольным выкидышем** на сроке 4–5 нед, пациентке провели стационарное лечение (противовоспалительное и утеротоническое).

Редко, но метко

ГБ — состояние довольно редкое, и публикаций, посвящённых этой теме, не так много. В одной из работ китайские учёные проанализировали **25 случаев ГБ**. Целью исследования стала попытка выявить общие характеристики женщин с ГБ и установить оптимальный режим ведения таких беременных⁵.

Все пациентки, принявшие участие в работе, забеременели с помощью ВРТ. При этом у 73% из них **в анамнезе** были воспалительные заболевания органов малого таза, у 68% — хирургические вмешательства на органах малого таза. Примечательно, что боль в животе и/или вагинальное кровотечение отмечали 68% участниц, у остальных же **32%** состояние протекало **бессимптомно**.

Только у 56% будущих матерей ГБ диагностировали с помощью обычного трансвагинального УЗИ примерно в 6–7 нед беременности. У 44% участниц состояние выявили лишь **во время повторного** сонографического исследования. Иными словами, даже обследуя пациенток, **можно «пропустить» ГБ практически у каждой второй**. В связи с этим **динамическое УЗИ** следует рекомендовать для выявления ГБ у женщин с симптомами, а также для повышения общей диагностической чувствительности метода.

В дальнейшем 80% участниц работы выполнили **сальпингэктомию**, а 20% — провели **органосохраняющее вмешательство**, назначив местные инъекции метотрексата или в сочетании его с калия хлоридом в шейку матки и интрамуральный отдел маточной трубы.

Впоследствии большинство пациенток, включённых в исследование (**88%**), родили живых здоровых младенцев без врождённых аномалий. **Выкидыш произошёл у трёх (12%)** женщин, которым до этого выполнили операцию удаления маточной трубы: у одной она осложнилась массивным кровотечением, ставшим причиной потери беременности; неблагоприятные перинатальные исходы у двух других участниц авторы работы связывают с возрастом (37 и 42 года) и плохим качеством эмбрионов.

Исследователи пришли к выводу, что **рутинное** трансвагинальное УЗИ примерно в 6–7 нед беременности может облегчить диагностику ГБ, хотя повторное УЗИ также необходимо во избежание ошибочного диагноза. **Своевременная диагностика и правильное лечение**, включая местные инъекции метотрексата и калия хлорида в различные эктопические участки, могут обеспечить благоприятные исходы.

Гинекологические заболевания. Носительство **ВПЧ 16-го типа** по результату анализа ПЦР-мазка из цервикального канала (14.12.2019); дисплазия шейки матки высокой степени (high grade squamous intraepithelial lesions, HSIL) в цитологическом исследовании (30.11.2019); конизация шейки матки, гистологическое исследование, в том числе в крае резекции — **дисплазия II–III степени (HSIL)** (31.01.2020); реконизация шейки матки, осложнившаяся кровотечением (тампонада шейки матки в условиях стационара), гистологическое исследование: признаки папилломавирусной инфекции, участки дисплазии I–II степени (low-grade squamous intraepithelial lesions, LSIL) (21.02.2020).

Позже, 22 июля 2020 года, гистологические препараты пересмотрели и определили морфологическую картину **хронического диффузного цервицита**. Пациентке рекомендовали иммуногистохимическое исследование с антителами к p-16, Ki-67, но она его не выполнила. В последующих мазках на цитологию с периодичностью 1 раз в 6 мес атипических клеток обнаружено не было.

Бурный рост

На следующий день, 3 февраля 2021 года, при обращении в тот же медицинский центр выделений из половых путей женщина не отмечала. Гинекологический осмотр не проводили. Со слов, по электронному тесту от 3 февраля 2021 года — **беременность 1–2 нед**. Результат β -ХГЧ, сданного днём ранее, составил **66,7 мМЕ/мл**. УЗИ органов малого таза не выполняли по причине болезни врача УЗ-диагностики, в связи с чем пациентка записалась на обследование в другое учреждение на 8 февраля 2021 года.

Днём позже, 4 февраля 2021 года, женщина снова обратилась в вышеуказанный медицинский центр с жалобами на **скудные кровянистые выделения** из половых путей коричневого цвета.

Учитывая клиническую картину (кровянистые выделения из половых путей) и нарастание значений β -ХГЧ (более чем в 2 раза — до **185,6 мМЕ/мл**), что указывало на большую вероятность маточной беременности, пациентке рекомендовали определение концентрации

β-ХГЧ в динамике до получения результатов УЗИ, планируемого 8 февраля 2021 года. Значения гормона от 7 и 8 февраля 2021 года составили **496** и **639,9 ММЕ/мл** соответственно. Ежедневная сдача анализа крови была обусловлена собственным желанием женщины.

Через несколько дней, 8 февраля 2021 года, пациентка обратилась к лечащему врачу с результатами УЗИ, а также с жалобами на некоторое **усиление кровянистых выделений** из половых путей. По результатам УЗИ: эхопризнаки второй фазы менструального цикла, жёлтого тела в обоих яичниках. Матка размерами 42×30,5×39,7 мм, М-эхо 8,5 мм, структура эндометрия однородная. Размеры правого и левого яичников составили 30×18 и 28×17 мм, с чёткими контурами, неоднородной структуры, в обоих выявили фолликулы и жёлтое тело (17,2 и 15,9 мм соответственно). Маточные трубы: справа достоверно не определяется, слева **удалена** хирургическим способом. Патологических образований в малом тазу и свободной жидкости не выявлено.

Исходя из результатов осмотра, УЗИ, значений β-ХГЧ, выставили диагноз «Беременность 5 нед. **Начавшийся выкидыш — ?**». К ранее назначенному лечению добавили транексамовую кислоту 500 мг 3 раза в день в течение 5 дней.

Срочно госпитализируем!

Через пару дней, 10 февраля 2021 года, при обращении за медицинской помощью пациентка сообщила доктору, что, несмотря на назначенное лечение, **кровянистые выделения** из половых путей **усилились**. В связи с этим пациентку **госпитализировали** в гинекологическое отделение больницы с диагнозом «Беременность 5–6 нед. Начавшийся выкидыш». Концентрация β-ХГЧ от 10 февраля 2021 года достигла **1000 ММЕ/мл**. В лечебном учреждении женщине проводили терапию, направленную на пролонгирование гестации (прогестерон, транексамовая кислота, дротаверин, папаверин, этамзилат).

По результатам УЗИ, выполненного в стационаре 11 февраля 2021 года:



Поймай меня, если сможешь

Большинство эпизодов ГБ **выявляют поздно**, что нередко становится причиной значительной заболеваемости и случайной смертности женщин⁶. ГБ трудно оценить, поскольку боль и кровотечение из половых путей могут быть связаны с угрозой прерывания беременности. Наличие внутриматочной беременности, жизнеспособной или нет, может **фактически маскировать** эктопический компонент ГБ, что приводит к задержке диагностики. Беременность в полости матки с геморрагическим жёлтым телом может имитировать гетеротопическую/внематочную беременность как клинически, так и на УЗИ⁷, что также усложняет диагностику. При наблюдении пациенток важно учитывать и врождённые **аномалии половых органов**, поскольку, например, двурогая матка с беременностью в обоих рогах также может имитировать ГБ⁸.

В большинстве ультразвуковых отчётов нет упоминаний о поиске сопутствующей гетеротопической беременности при оценке маточной, потому что ГБ по-прежнему считают чрезвычайно редким явлением, и по этой причине почти все эктопические беременности диагностируют путём исключения внутриматочной. **Трансвагинальное УЗИ** даже при наличии маточной беременности может быть важным подспорьем в диагностике ГБ⁹.

ГБ — потенциально смертельно опасное состояние, и поскольку ни один метод обследования не может предсказать её наличие, её следует подозревать **у любой** пациентки с жалобами на **боль внизу живота** на ранней стадии явной маточной беременности после лечения бесплодия¹⁰. Клиницисты должны быть особенно внимательны к женщинам из группы риска — с аменореей, увеличением матки и придатков, раздражением брюшины (даже если была подтверждена маточная беременность), а также к тем, у кого есть свободная жидкость в малом тазу и образования в области яичников и маточных труб^{11,12}.

По-прежнему спорным моментом остаётся и лечебная тактика при ГБ. Традиционно прибегают к хирургическим методам, однако они нередко сопряжены с операционными и анестезиологическими рисками как для матери, так и для дальнейшего развития беременности в полости матки¹³. Исследования показывают, что **лапароскопическое лечение** предпочтительнее лапаротомии у женщин с подозрением на эктопическую беременность из-за минимальных манипуляций с маткой^{10,14}. Появляются также данные о более безопасных **нехирургических подходах** к лечению ГБ у клинически стабильных пациенток, у которых состояние распознали на относительно ранних сроках, в частности об успешном безоперационном ведении ГБ с помощью инъекции калия хлорида и метотрексата^{13,15}.

Вероятность ГБ могут повышать различные **воспалительные процессы** в органах малого таза, а также **хирургические вмешательства** в этой области⁵. Следует включить ГБ в качестве дифференциального диагноза у женщин репродуктивного возраста, у которых наблюдают боли внизу живота, даже если факторы риска неизвестны⁷.

в полости матки **одно плодное яйцо** размером 4 мм, отмечается тонус по передней стенке. Заключение: «Беременность 4—5 нед. **Угроза прерывания**». Пациентке рекомендовано динамическое УЗ-наблюдение.

Несмотря на терапию, пациентка по-прежнему отмечала кровянистые выделения из половых путей. Согласно результатам УЗИ от 18 февраля 2021 года, сделанного в гинекологическом отделении стационара, **неоднородное содержимое** в полости матки, размеры правого и левого яичников составили 31×20 и 29×19 мм, с чёткими контурами, неоднородной структуры, в обоих выявили фолликулы (до 9 и 5 мм соответственно). Заключение: «Гематометра. Остатки плодных оболочек — ?». Женщине предложили **вакуум-аспирацию полости матки**.

Продолжая лечение в стационаре, пациентка получила разрешение лечащего доктора на выполнение УЗИ вне стен медицинского учреждения (с желанием перепроверить УЗИ, сделанное при госпитализации). Результаты исследования в частном медицинском центре от 18 февраля 2021 года: матка размерами 46×36×46,8 мм, М-эхо 8,2 мм, полость матки щелевидная с анэхогенным образованием. Плодное яйцо в полости матки не визуализируется. Правый яичник размерами 28×18×23 мм с жёлтым телом 17 мм. Медиальнее к правому яичнику предлежит **гипоэхогенное образование с нечёткими контурами** размерами 21,8×16,4 мм с участком повышенной эхогенности диаметром 9 мм. Левый яичник размерами 26,6×15,4×23,2 мм с анэхогенным включением, с нечёткими контурами диаметром 12,4 мм. Заключение: «Плодного яйца в матке не выявлено. Серозометра. **Эктопическая беременность (справа — ?)**».

Женщина продемонстрировала лечащему врачу стационара УЗИ, сделанное в медицинском центре, однако он не обратил внимания на описанное в заключении образование рядом с яичником и **продолжал настаивать на вакуум-аспирации** полости матки. Концентрация β-ХГЧ к тому времени составляла 1472,8 мМЕ/мл.

Днём позже, 19 февраля 2021 года, пациентке выполнили вакуум-аспирацию полости матки, а затем выписали домой с рекомендациями наблюдать результаты β-ХГЧ в динамике, а именно 23 и 25 февраля 2021 года. Заключение гистологического исследования от 19 февраля 2021 года: «Эндометрий гравидарного типа, в строме — **децидуальноподобная реакция**».

Находясь дома, пациентка продолжала отмечать **скудные кровянистые выделения** из половых путей всё время после выписки из стационара. Самостоятельно 22 февраля 2021 года она сдала анализ крови на β-ХГЧ (635,8 мМЕ/мл), после чего сообщением в мессенджере переслала врачу из стационара результат, в ответ на что получила рекомендацию пересдать анализ 25—27 февраля 2021 года.

Женщина по собственному желанию переделала УЗИ в частном медицинском центре 23 февраля 2021 года. Заключение: матка размерами 45×34×48 мм, М-эхо 8,5 мм, правый яичник размерами 26×15×30 мм, к нему прилежит **гипоэхогенное образование овоидной формы** с чёткими ровными контурами размерами 19,7×8,5×11,9 мм, аваскулярное при выполнении цветного доплеровского картирования (маточная труба — ?), а также между маткой и правым яичником обнаружено округлое образование с неровными нечёткими контурами, средней эхогенности, неоднородное, с включением повышенной эхо-

генности, с выраженным кровотоком, левый яичник размерами 26×14×29 мм. Заключение: «Эхопризнаки **тубоовариального образования справа**».

Ещё одна операция

Учитывая рост значений β-ХГЧ, несмотря на выполнение вакуум-аспирации полости матки 19 февраля 2021 года, наличие тубоовариального образования справа по данным УЗИ не позволяло исключить **эктопическую беременность**. Пациентка самостоятельно обратилась в гинекологическое отделение городской больницы, её госпитализировали и 23 февраля 2021 года провели **лапароскопическую тубэктомию** справа по поводу нарушенной правосторонней трубной беременности, гемоперитонеума.

Ход операции. При осмотре в брюшной полости обнаружили скудное (около 20 мл) количество жидкой крови. Тело матки по средней линии не увеличено, розового цвета. Правая маточная труба извита, расширена в ампулярном отделе за счёт **плодовместилища размерами 4×3×3 см** синюшного цвета, её стенка резко истончена, с геморрагическим пропитыванием, фимбриальное отверстие прикрыто сгустком крови. Левая маточная труба отсутствует (удалена ранее). Яичники с обеих сторон не увеличены, обычного строения.

Учитывая большие размеры плодместилища и выраженные анатомические изменения в стенке маточной трубы, было решено её **удалить** и провести санацию брюшной полости. Чередуя режимы коагуляции и рассечения, пересекли мезосальпинкс и проксимальный конец маточной трубы, удалили её и отправили на гистологическое исследование. Брюшную полость промыли стерильным физиологическим раствором и осушили путём последовательной ирригации-аспирации. Контроль гемостаза — сухо. Инструменты извлекли, сняли карбоксиперитонеум. На проколы наложили отдельные капроновые швы, использовали также раствор йода, спирт, асептические наклейки. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентку выписали из стационара 26 февраля 2021 года.

Заключение гистологического исследования от 23 февраля 2021 года: «Стенка маточной трубы с диффузной смешанноклеточной **воспалительной инфильтрацией**. В просвете кровь, небольшие участки децидуальной ткани, ворсины хориона».

Перечень ошибок

Диагностика сочетания маточной и эктопической беременности чрезвычайно трудна. В большинстве ситуаций правильный диагноз устанавливают только во время операции или при дальнейшем наблюдении за больной в послеоперационном периоде, что, к сожалению, **не было сделано** доктором городской больницы, отпустившим пациентку после вакуум-аспирации содержимого полости матки и не промониторившим значения β-ХГЧ после вмешательства.

[В клиническом случае налицо ошибка диагностики. Когда пациентка не считала себя беременной, врач выписал её из стационара только с рекомендациями сдать анализ крови на β-ХГЧ через несколько дней.]

Основной признак ГБ — **отсутствие кровянистых выделений** из половых путей при явных симптомах нарушенной внематочной беременности. В описываемом клиническом случае пациентка предъявляла жалобы на кровянистые выделения, в связи с чем необходимо было **дифференцировать** между собой два патологических состояния — разрыв маточной трубы из-за эктопической беременности и начавшийся самопроизвольный выкидыш. Обычно при этом матка соответствует сроку гестации, а в области её придатков определяют образование ретортообразной формы тестоватой консистенции, безболезненное при пальпации. Описаны случаи как эктопической беременности, прервавшейся после хирургического аборта (пациентка уже не считала себя беременной), так и маточной беременности, закончившейся нормальными родами после удаления сочетанной трубной¹⁶.

В представленном клиническом случае **налицо ошибка диагностики**. Уже в то

время, когда пациентка не считала себя беременной, доктор **выписал её из стационара** только с рекомендациями сдать анализ крови на β-ХГЧ через несколько дней (!). Делать это было категорически нельзя — такая опрометчивость **могла повлечь за собой летальный исход**. К сожалению, врач **проигнорировал и заключение УЗИ**, где уже диагностировали образование рядом с яичником.



По счастливой (для медицинского работника) случайности пациентка не планировала решать ситуацию в судебном порядке. И эта статья ни в коем случае не имеет цели обличить специалиста, а всего лишь призвана **продемонстрировать трудности** в диагностике ГБ, **указать на ошибки**, которые может допустить клиницист, **восполнить знания** о возможных методах исследования, которые не-

обходимо применить в подобных ситуациях (анализе крови на β-ХГЧ и УЗИ в динамике).

И, как часто бывает в нашей клинической практике, помимо практического опыта, фундаментальных знаний и современных методов обследования большое значение имеют также **личностные качества доктора**, а именно внимательное отношение специалистов к женщинам и предъявляемым ими жалобам. Наши современницы прекрасно ориентируются в интернете и могут искать информацию там или обращаться за вторым мнением в другие медицинские учреждения для перепроверки результатов анализов и обследований. Именно поэтому желание глубоко вникнуть в проблему, прислушаться к сомнениям пациенток — это не только признак **высокой врачебной квалификации**, но и характеристика доктора как неравнодушного и отзывчивого человека. **SP**

Библиографию см. на с. 102—110.

ЭТО СЛАДКОЕ СЛОВО — АККРЕДИТАЦИЯ

НОВЫЙ ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РФ: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ВРАЧУ О ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АККРЕДИТАЦИИ?*



1 марта 2022 года вступает в силу **новое положение** об аккредитации специалистов. Общее время профподготовки **не увеличено** — оно по-прежнему равно **144 ч**.



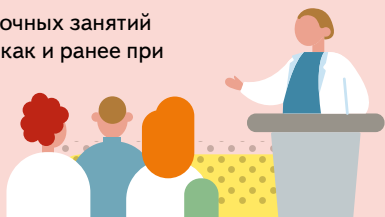
ПОРТФОЛИО ЗА ОТЧЁТНЫЙ ПЕРИОД

У врача есть **два варианта** освоить дополнительную профессиональную программу медицинского образования



ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Не менее **144 ч** очных занятий 1 раз в 5 лет — как и ранее при сертификации



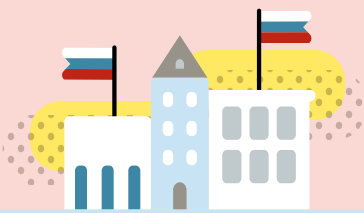
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

До 70 ч программы повышения квалификации можно заменить сведениями об образовании, подтверждёнными на интернет-портале Минздрава РФ. Не менее **74 ч** нужно посвятить **очным занятиям** (всего 144 ч в течение 5 лет)



«СДАНО» ИЛИ «НЕ СДАНО»?

Периодическая аккредитация специалиста включает один этап — **оценку портфолио** (отчёт о профессиональной деятельности аккредитуемого и сведения об освоении программ повышения квалификации — не менее 144 ч). Тестирование и оценка практических навыков в симулированных условиях в этой ситуации не требуются



ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ АККРЕДИТАЦИИ

Портфолио специалиста оценивает **центральная аккредитационная комиссия**. Функции **приёма документов** и **публикации протоколов** комиссии возложены на федеральные аккредитационные центры, а учёта успешно аккредитованных в единой государственной информационной системе — на **Минздрав РФ**

ЭКОНОМИЯ БУМАГИ

Бумажные **выписки и свидетельства** об аккредитации специалиста **не обязательны** — их будут выдавать только по заявлению врача



ВЫВОД: Привычные формы образовательной активности облечены в новые **«цифровые одежды»**. Будет ли **усиление контроля** периодической аккредитации врачей способствовать **совершенствованию профессиональных навыков**? Ответ на этот вопрос неоднозначен.

* Приказ Минздрава РФ № 1081н от 22 ноября 2021 года «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».