

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

# Status Praesens

*гинекология акушерство бесплодный брак*

#1 [94] 03 / 2023 / StatusPraesens



тема  
**№1**

## Гармония гормонов

Галерея клинических портретов — новая рубрика журнала SP • Алгоритм менеджмента пациенток с эндометриозом: категории, облегчающие жизнь • Фетальная хирургия вне закона? • Всегда ли необходима профилактика РДС плода при высоком риске преждевременных родов? • Клинические случаи гипертрофической формы красного плоского лишая и суппуративного гидраденита, осложнённого актиномикозом. Это тоже «наше»?





## Уважаемые читатели!

За 40-летнюю практическую работу акушером-гинекологом и кафедральным работником я старался всячески помогать пациенткам в лечении гинекологических заболеваний, при осложнениях беременности, родов и послеродового периода. С годами стало понятно, что многие проблемы женщин можно **своевременно профилировать**. Особенно это касается качества жизни. Именно поэтому ещё 25 лет назад стал заниматься этим направлением, применяя его для пациенток и близких.

Стратегия качества жизни женщин в возрастном аспекте в основном стала базироваться на приёме заместительной и **менопаузальной гормональной терапии**, несмотря на очень резкие в то время выступления против со стороны врачей-онкологов, а затем кардиологов.

Время идёт быстро! И сегодня те женщины, которые стали получать указанную терапию, в менопаузе живут действительно **качественной и полноценной жизнью**. Радостно, что в настоящее время появились **новейшие терапевтические стратегии** — микродозированные препараты с биоидентичными эстрогенами, инновационные эстрогены (эстетрол), а также низкодозированные внутриматочные системы с левоноргестрелом. Мировая наука уже шагнула в будущее — и теперь во **благо женского здоровья и качества жизни** применяют селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов.

Желаю всем читателям журнала верить в успехи современной гормональной терапии и самим следовать её принципам с целью **сохранения и приумножения** здоровья и качества жизни прекрасных и необыкновенных женщин. Настало время присоединиться в этом направлении к нам, акушерам-гинекологам, **и врачам других специальностей** — онкологам, кардиологам, терапевтам, геронтологам, педиатрам.

Хочу пожелать всем вдохновения, успехов работе и, конечно, крепкого здоровья!

Засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф.,  
главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии  
Минздрава Архангельской области, зав. кафедрой акушерства  
и гинекологии Северного государственного медицинского  
университета **А.Н. Баранов**

# STATUS

гинекология акушерство

#1 [94] 03 / 2023 / 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  
**Ответственный секретарь редакции:** Екатерина Игоревна Фомина  
**Научные эксперты:** канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов  
**Медицинские и литературные редакторы:** Ольга Быкова, Ольга Раевская, Мила Мартынова, Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва  
**Препресс-директор:** Нелли Демкова  
**Художественный директор:** Лина Тавдугмадзе  
**Арт-директор:** Латип Латипов  
**Руководитель группы вёрстки:** Юлия Скучоткина  
**Выпускающий редактор:** Ирина Соколенко  
**Инфографика и дизайн:** Ирина Климова, Юлия Крестьянинова, Елена Шibaева  
**Корректоры:** Елена Соседова, Эльнара Фридовская  
**Руководитель отдела взаимодействия с индустрией:** Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)  
**Руководитель отдела продвижения издательских проектов:** Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 26 марта 2023 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, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №27962. 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: иллюстрация Лины Тавдугмадзе (создано с помощью инструментов генеративного ИИ). В журнале использованы фотоматериалы фотобанков iStock, «Лори».

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

# raesen

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

**Радинский Виктор Евсеевич**

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

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)  
Апресян Сергей Владиславович (Москва)  
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)  
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)  
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)  
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)  
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)  
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)  
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)  
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)  
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)  
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)  
Гомберг Михаил Александрович (Москва)  
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)  
Гус Александр Иосифович (Москва)  
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)  
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)  
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)  
Кущенко Ирина Георгиевна (Томск)  
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)  
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)  
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)

Манухин Игорь Борисович (Москва)  
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)  
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)  
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)  
Оленев Антон Сергеевич (Москва)  
Олина Анна Александровна (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)  
Прилепская Вера Николаевна (Москва)  
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)  
Роговская Светлана Ивановна (Москва)  
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)  
Савельева Галина Михайловна (Москва)  
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)  
Самойлова Алла Владимировна (Москва)  
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)  
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)  
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)  
Сидорова Ираида Степановна (Москва)  
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)  
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)  
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)  
Толибова Гулрухсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)  
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)  
Филиппов Олег Семёнович (Москва)  
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)  
Хамошина Марина Борисовна (Москва)  
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)  
Шалина Раиса Ивановна (Москва)

# Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

## СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО  
РЕДАКТОРА

### С гармонью в руках

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Рагзинский  
об эндокринной гинекологии, гормональных детерминантах  
репродуктивных нарушений и о гармонии в профессии и жизни

Словарь Даля даёт чёткое определение понятию «гармония» — соответствие, созвучие, соразмерность, равновесие, равномерность, равновозвучие, взаимность соотношения, согласие... стройность, благостройность; соразмерное отношение частей целого; правильное отношение одновременных или современных звуков, аккорд; самая наука о созвучиях. Это самое полное описание работы акушера-гинеколога, включающей настройку женского организма на гармоничную работу, ведь гормональная дисрегуляция лежит в основе большинства гинекологических заболеваний.

14

НОВОСТИ

19

VIA SCIENTIARUM

### Шар за шаром

Алгоритм менеджмента эндометриоза

Оразов М.Р., Орехов Р.Е., Дьяконов С.А., Раевская О.А.



В 2022 году эксперты ESHRE опубликовали обновлённый протокол ведения пациенток с эндометриозом. Положение о первостепенности лапароскопии в диагностике признано «устаревшей догмой». Тем не менее действующие российские клинические рекомендации (2020) указывают, что лапароскопия — «золотой стандарт» верификации. Не «забуксовать» на диагностической трассе клиницистам XXI века поможет алгоритм, основанный на систематизации и персонализации подходов. Четыре последовательных этапа обследования позволяют разделить всех пациенток на девять категорий. Для каждой из них рекомендована своя тактика.

27

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ  
ДОКАЗАТЬ

### Принимать или не принимать. Вот в чём вопрос!

Как повысить приверженность молодых женщин контрацепции

Калинкина О.Б.

Врач не может и не должен единолично выбирать способ контрацепции — последнее слово по принципу *the user is the chooser* принадлежит будущей пользовательнице. Тем не менее квалифицированный специалист способен подвести пациентку к рассмотрению наиболее оптимального с медицинской точки зрения метода, сделав так, что она будет считать выбор только своим собственным. Консультирование по вопросам гормональной контрацепции, несмотря на массу сопутствующих сложностей, — показатель мастерства акушера-гинеколога и важный шаг к достижению приверженности женщины выбранной репродуктивной стратегии.

34

## По примеру божественного цветка

Новая anti-ageing-концепция ведения женщины в перименопаузе и ранней постменопаузе

Оразов М.Р.



Жизнь без эстрогенов может быть похожей на постепенно затухающую свечу, а может стать периодом освоения ранее скрытых функциональных возможностей организма, дарящим женщине мудрость и новую красоту тела. Задача на этом этапе — не бороться с неизбежной инволюцией, не пытаться повернуть время вспять. Важно оптимизировать функции организма так, чтобы нивелировать менопаузальные симптомы, их влияние на самочувствие, отношения, работоспособность и обрести хорошее качество жизни. И это возможно, если правильно трактовать нормальную физиологию изменений, механизмы «поломок», связанных с менопаузой, и вовремя предпринять необходимые действия.

43

ГАЛЕРЕЯ  
КЛИНИЧЕСКИХ  
ПОРТРЕТОВ

## Догнать и перегнать!

Возможности нового гормонального контрацептива

Оразов М.Р., Долгов Е.Д.

Затяжное определение тактики ведения в различных клинических ситуациях способствует выраженному снижению качества жизни женщины, поскольку она обратилась за медицинской помощью и хочет получить её абсолютно легитимно «здесь и сейчас». В этом случае необходимо использовать все возможные ресурсы и сформировать чёткий вектор индивидуального клинического менеджмента пациентки. Персонификация подбора того или иного метода контрацепции как один из примеров «галереи клинических портретов» — крайне важный и тонкий аспект, поскольку здесь необходимо взвесить все возможные «за» и «против», затем соотнести полученные данные с критериями приемлемости ВОЗ и вынести чёткий вердикт.

47

РАБОТА НАД  
ОШИБКАМИ

## Осознание антитезиса

Возможность оценки эффективности рутинных процедур. Профилактика респираторного дистресс-синдрома

Князев С.А., Маромеббекова З.А., Андреева А.Д., Амирасланова Н.И.



Российская медицина входит в эпоху регламентирования деятельности врача. Акушерство не станет исключением: что, как и в каких ситуациях назначать, нам будут диктовать нормативные документы — клинические рекомендации, стандарты и порядки. С одной стороны, это гарантирует получение определённого результата, но есть и другая сторона. Любое мероприятие, предписанное документом в режиме рутинного выполнения, рискует превратиться в догму, когда его исполняют лишь потому, что «так заведено». Один из примеров критического подхода к оценке существующей ситуации — попробовать провести ревизию антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома плода.

# Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

53 ДИСКУССИОННЫЙ  
КЛУБ

## Бесправный плод

Пробелы в законодательстве, затрудняющие совершенствование службы фетальной хирургии в России

Щапов Н.Ф.

64



## Куда пойти мужчине?

Андрология как неотъемлемая часть репродуктивной медицины

Посисеева Л.В., Раевская О.А., Амирасланова Н.И.

Практическая реализация неблагоприятного репродуктивного сценария берёт начало с неполноценных мужских гамет и ведёт к формированию в дальнейшем «снежного кома» проблем: неполноценное зачатие—неполноценное плодное яйцо—неадекватный иммунный ответ организма матери—развитие осложнений беременности. Отсутствие ответственных специалистов влечёт за собой недостаточное внимание медиков к «мужским» факторам риска репродуктивных потерь в паре.

71 CONTRA-VERSION

## Коралловые рифы диагностики

Лабораторные методы оценки гемостаза в акушерстве и гинекологии

Петрухин В.А., Бudyкина Т.С., Баландина А.Н.

Тромбодинамика — один из наиболее инновационных тестов, учитывающих современные научные представления о механизмах работы свёртывания крови. Исследование позволяет получить информацию о системе гемостаза, принципиально недоступную существующим стандартным тестам, и количественно оценить все стадии роста фибринового сгустка. Анализ «запускает» физиологический активатор свёртывания — тканевой фактор, иммобилизованный на пластиковой поверхности. Важно, что метод позволяет чётко оценивать собственный тромбогенный потенциал крови, не зависящий от активатора свёртывания, используемого в тесте.

79 CASUISTICA

## Чувствую кожей

Междисциплинарные клинические ситуации в практике дерматовенеролога и акушера-гинеколога

Хрянин А.А.

Дерматологические заболевания не относят к компетенции врача женской консультации. Однако на приём к акушеру-гинекологу нередко попадают пациентки с кожными симптомами, особенно в области промежности и перианальной зоны. Такие клинические проявления болезни должны насторожить доктора и побудить его направить женщину на консультацию и лечение к профильным специалистам. Это ключ к предоставлению пациентке высоких шансов на выздоровление.

82 ЛИТЕРАТУРА  
И ИСТОЧНИКИ

# с гармонью в руках

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН,  
проф. В.Е. Радзинский об эндокринной гинекологии,  
гормональных детерминантах репродуктивных нарушений  
и о гармонии в профессии и жизни



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

Тема выпуска, который вы держите в руках, — «Гармония гормонов». Выбор «эндокринной направленности» неслучаен, поскольку так или иначе практически все нарушения репродуктивной системы наших пациенток связаны с **гормональной дисрегуляцией**.

А почему же именно гармония? Откроем толковый словарь Владимира Ивановича Даля: «**гармония**, ж. — соответствие, созвучие, соразмерность, равновесие, равномерность, равнозвучие, взаимность соотношения, согласие... стройность, благостройность; соразмерное отношение частей целого; правильное отношение одновременных или современных звуков, аккорд; самая наука о созвучиях».

Не этим ли мы занимаемся? **Сонастройкой** женского организма для его гармоничной работы...

**Н**аверное, если сказать словосочетание «эндокринная гинекология», то в первую очередь всплывут «бесплодие», «комбинированные оральные контрацептивы», «менопаузальная гормонотерапия». Действительно, эти **темы многогранны**, а вопросов (и со стороны врачей, и со стороны пациенток) возникает множество. Однако **ограничивать круг проблем** только реализацией фертильности, контрацепцией и постменопаузой нельзя. До 80% всех гинекологических заболеваний гормонально детерминированы.



Мы регулярно на каждой научной конференции и в статьях рассказываем о том, насколько **важно контрацептивное консультирование**, как применение современных препаратов помогает планировать жизнь и выбирать наиболее подходящее время для рождения детей, как профилактика аборт в отдалённой перспективе благоприятно влияет на **сохранение репродуктивного здоровья** женщин. И это действительно так! Однако реализовать это возможно лишь в том случае, если **оба участника** «консультативного» процесса — **и врач, и пациентка** — принимают активное участие в работе.

[ Многие заблуждения о гормонотерапии живы до сих пор. Стереотипы о растущих на фоне приёма препаратов усах, увеличивающейся массе тела и невозможности забеременеть в будущем необходимо ломать. ]

Увы, надёжные методы контрацепции в нашей стране **распространены недостаточно хорошо**. Прежде всего из-за пробелов в знаниях, которые тянутся ещё из прошлого века. В Союзе, как нам всем хорошо известно, «секса не было», как не существовало и эффективных гормональных контрацептивных средств. Да что там препараты, порой и «изделие №2» было в дефиците! Позже на отечественном рынке появились первые гормональные контрацептивы с большими дозами стероидных веществ, приём которых вызывал серьёзные побочные эффекты, что сформировало **негативное отношение** пользовательниц к этой группе медикаментов. Были и социально-политические причины: своих препаратов в стране не производили, а зарубежные стоили дорого. К сожалению, многие заблуждения живы до сих пор, несмотря на то что современные средства имеют принципиально другой профиль безопасности. Тем не менее **гормонофобия процветает** в умах не только обывательниц, но даже многих практикующих специалистов.

[ Неосведомлённость об особенностях и преимуществах гормонотерапии и широко распространённая гормонофобия, также связанная с нехваткой знаний, нередко становятся причиной отказа от приёма МГТ. ]

Пережитки прошлого должны уйти в небытие, безграмотность следует ликвидировать, а **стереотипы** о растущих на фоне приёма гормональных контрацептивов усах, увеличивающейся массе тела и невозможности забеременеть в будущем **необходимо ломать**. Акушеры-гинекологи должны донести до пациенток все преимущества (как контрацептивные, так и дополнительные неконтрацептивные) гормональных средств и **нюансы их применения** с учётом индивидуальных особенностей женщин, а также в соответствии с положениями важного и обновлённого недавно документа — **Национальных критериев приемлемости** методов контрацепции. У современного прогрессивного доктора пробелов в знаниях относительно репродуктивного планирования быть не должно!

  
**Персонализированный подход** к пациенткам — ещё одна распространённая тема, постоянно возникающая в профессиональных дискуссиях. Обследуя женщин, собирая анамнез и назначая лечение, мы всегда должны учитывать их личные обстоятельства, семейную историю, репродуктивные планы и другие особенности.

Даже несмотря на **уникальность каждой** представительницы прекрасного пола, существуют клинические ситуации, схожие по основной канве, хоть и различающиеся мелкими нюансами. «О, у меня же была такая пациентка!» — восклицаем мы, а далее раскручивается клубок воспоминаний об успешном ведении и излечении больной, и алгоритм врачебных действий оказывается во многом знакомым и с **незначительной корректировкой** подходящим под другие «кейсы». Подобное составление портретов пациенток и формирует клиническое мышление врача, профессиональный опыт и медицинскую интуицию.

С радостью представляю новую рубрику журнала «**галерея клинических портретов**». Здесь будут рассматриваться материалы с разбором тактики действий в **схожих ситуациях**, но с учётом **индивидуального подхода**. И первая история — о консультации по выбору надёжного и при этом безопасного метода контрацепции.

  
С наступлением менопаузы ничего не заканчивается, и впереди у женщины ещё много лет (и, дай бог, **даже десятилетий!**) жизни. И важно, чтобы она была **здоровой, активной, энергичной, прекрасно выглядящей**. Увы, ожидаемые возрастные гормональные изменения в организме **неизбежны**, и они не могут не сказаться на самочувствии

пациенток — появляются физический дискомфорт, психоэмоциональные расстройства, эндокринные и кардиометаболические нарушения, ухудшение качества сна, ухудшение состояния кожи и волос. Однако в руках у акушеров-гинекологов есть работающие инструменты, позволяющие **корректировать** многие проявления и **профилактировать** более серьёзные осложнения постменопаузального периода.

К моему большому сожалению, такой эффективный метод, как МГТ, в отечественной медицинской практике недоиспользован. **Неосведомлённость** об особенностях и преимуществах гормонотерапии и широко распространённая в нашей стране **гормонофобия**, также обусловленная нехваткой знаний, нередко становятся причиной **отказа от приёма препаратов этой группы**. И чем же это грозит? Значимо возрастает вероятность сердечно-сосудистых катастроф и онкологических заболеваний, остеопороза и даже более раннего ухода из жизни... Конечно, все мы знаем, что эти риски можно **частично нивелировать** с помощью правильного питания и достаточной физической активности, но только лишь терапевтической модификации образа жизни **зачастую недостаточно** (в основном из-за отсутствия мотивации и банальной лени), а потому необходима ещё фармакологическая помощь извне.

Коллеги, в наших силах помочь женщинам возрасте «50+» чувствовать себя на «5+»! Однако здесь на первый план вновь выходит **внимательное отношение к пациенткам**: разговаривайте с ними во время осмотра, давайте рекомендации, задавайте наводящие вопросы, отвечайте на возникающие вопросы, разбивайте мифы о МГТ. Поймите, физическое и психическое благополучие женщин действительно в наших руках!

  
Продолжая тему возраста, нельзя не вспомнить знаменитую фразу главной героини фильма «Москва слезам не верит»: «В 40 лет жизнь только начинается». Остаётся дело за малым — прожить её по возможности **голого и счастливо**. И желательно **качественно!** Общепланетарные прогнозы таковы, что уже через пару десятилетий каж-

дый пятый житель Земли будет **старше 60 лет**. А ведь именно при пересечении этой возрастной границы «выстреливают» многие проблемы со здоровьем.

Пару лет назад ВЦИОМ провёл интересное исследование. В ходе опроса специалисты выяснили: большинство опрошенных считают, что **старость начинается с 62 лет**. У ВОЗ границы сдвинуты ещё дальше: старческим признан возраст 75–90 лет, пожилым — 60–74 года, тогда как **45–59 лет — средним**. И в среднем возрасте можно ещё многое успеть — построить карьеру, выучиться чему-то новому, попутешествовать и даже родить детей, поскольку современные медицинские технологии позволяют это сделать. В связи с этим особым направлением работы врачей становится **anti-ageing-медицина**. И это особенно важно для акушеров-гинекологов, поскольку большая часть их пациенток — женщины в пре- и постменопаузе. Повернуть время вспять невозможно, зато возможно **оптимизировать функции организма** и свести к минимуму дискомфортные проявления непростого периода.



Контрацепция и коррекция менопаузальных нарушений имеют огромную социальную значимость. Однако лишь этими задачами эндокринная гинекология не ограничена. Эндометриоз — болезнь-загадка и бич современности. Женщины **могут годами страдать от болевого синдрома**, безуспешно пытаться забеременеть, оставаясь всё это время без диагноза и, соответственно, без адекватного лечения. Выявить эндометриоидную болезнь — задача непростая, поскольку многие пациентки порой даже не находят слов для описания своего самочувствия. Иногда и современные методы диагностики **дают осечку**: ложноотрицательные результаты при лапароскопии, трудности обнаружения не визуализированных эндометриоидных очагов, неспецифичность

[ **Выявить эндометриоидную болезнь — задача непростая, поскольку многие пациентки порой даже не находят слов для описания своего самочувствия. Иногда и современные методы диагностики дают осечку.** ]

[ **Повернуть время вспять нельзя, зато современные медицинские технологии позволяют оптимизировать функции организма и свести к минимуму дискомфортные проявления у женщин в пре- и постменопаузе.** ]

результатов гистологического исследования — всё это становится **преградой для раннего выявления** и своевременного выбора метода лечения эндометриоза. Именно поэтому требуется высокая врачебная **чуткость и прозорливость**, чтобы распознать патологическое состояние на подлёте, на этапе появления начальных симптомов.

Трудностей немало, и многие международные сообщества ищут возможности помочь практикующим специалистам в ведении женщин с эндометриозом. И отечественные специалисты, и наши иностранные коллеги работают над **обновлением клинических рекомендаций** и гайдлайнов, что в конечном итоге приводит к появлению разнообразия доступных методов лечения... и при этом **разнородных**. Какую именно **стратегию, диагностическую и лечебную**, выбрать практикующему врачу — во многом зависит от конкретной клинической ситуации. И, разумеется, любое «за» и «против» следует обсуждать с пациенткой. Хорошим подспорьем для акушеров-гинекологов может стать алгоритм, разработанный итальянскими экспертами: он помогает **стандартизировать лечебные подходы** и сократить использование необоснованных методов. Позволит ли это принимать правильные решения в непростых медицинских ситуациях?



**Эндокринная гинекология**, как и эндокринология в целом, в исторической ретроспективе — относительно **новая отрасль**. Хотя попытки выявить и осознать этиологию и патогенез гормонально ассоциированных заболеваний на-

чались ещё в древности. В отличие от них, **акушерство** — более **классическая дисциплина**. Однако и здесь есть место новому, прорывному и... контраверсионному.

Клинические рекомендации стали обязательными к исполнению, и сегодня **они регламентируют деятельность врача**. С одной стороны, это полезно и правильно, поскольку каждый практикующий специалист руководствуется **чёткими инструкциями**, которые в конечном итоге обеспечивают результат и защищают в непростых клинических ситуациях. С другой — «шаг влево, шаг вправо» лишает доктора возможности формировать своё собственное клиническое мышление, в некоторых случаях это не только не окажет положительного эффекта, но и может навредить больным.

Яркий пример — антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода при высоком риске досрочного рождения. Сейчас это **рутинная процедура**, и она останется таковой до тех пор, пока не изменятся действующие регламентирующие документы. Однако никто не может предсказать преждевременность родов — не получается ли, что манипуляцию **выполняют «вхолостую»?** Можно ли сдвинуть соотношение риск/польза в сторону последней?



Ещё одна область, тесно связанная с нашей работой, — **фетальная хирургия**. Врождённые пороки развития **чрезвычайно распространены**. Например, ежегодно в России рождаются около 1500 детей с диагнозом *spina bifida*, многие из них нежизнеспособны, а многие — на всю жизнь остаются инвалидами. Говорить о **простой мере профилактики** — фолатной поддержке, которую необходимо начинать как минимум за 3 мес до планируемого зачатия, — в этой ситуации уже поздно. Тем не менее оглашение

диагноза становится для будущих родителей в буквальном смысле приговором, а многие женщины при выявлении аномалий развития плода **готовы прервать беременность**. Всегда ли это единственно возможный выход?

Не все родители, впрочем, даже и не все специалисты, особенно в регионах, знают о возможностях **фетальной хирургии**, набирающей обороты в последнее время. Это не удивительно — **внутриутробные операции** выполняют всего в нескольких медицинских организациях в России. В ходе хирургического вмешательства закрывают спинномозговые дефекты, после чего женщина **онашивает беременность до планируемого срока**. Это открывает **совершенно новые возможности** для сохранения здоровья, а порой и жизни детей с пороками развития. Вот почему очень востребованы знающие специалисты, умеющие выполнять хирургические вмешательства **внутриутробно**.

Однако подобные манипуляции не так легко поставить на поток, причём не только из-за острого дефицита квалифицированных кадров. Развитие этого направления затрагивает ряд **организационных, юридических и правовых аспектов**. Кто должен принимать решение о необходимости операции? На какие нормативные документы следует ссылаться? Кого фактически оперируют — мать или плод — и кто может гарантировать их безопасность, если что-то пойдёт не так?



В проекте «Ребёнок» **всегда участвуют двое**, хотя для нас, акушеров-гинекологов, привычнее вести речь только о женском здоровье. Однако **отцовский фактор** не стоит сбрасывать со счетов, особенно если в семейной паре есть проблемы с зачатием. Исторически так сложилось, что основной виновницей бесплодного брака зачастую считали женщину: «Это из-за тебя», «Это проблемы по твоей части», «Это ты не

[ Не все родители и даже не все врачи, особенно в регионах, знают о возможностях фетальной хирургии. Это не удивительно — такие операции выполняют лишь в нескольких медицинских организациях в России. ]

можешь забеременеть». Со временем отношение к причинам бесплодия изменилось, и сегодня при возникновении сложностей **обследуют обоих потенциальных родителей**.

По некоторым данным, **концентрация тестостерона** в общей мужской популяции **стремительно падает**. Это связано прежде всего с общим нездоровьем населения из-за неправильного питания, малоподвижного образа жизни, дефицита полезных веществ, **ожирения**. Чем грозит дефицит мужского полового гормона? Эректильной дисфункцией, бесплодием, повышением риска онкологических заболеваний репродуктивных органов. Именно поэтому преодолением infertility супружеских пар должны заниматься акушеры-гинекологи **совместно** с андрологами, репродуктологами и другими специалистами. Без междисциплинарного взаимодействия со многими проблемами мы не сможем справиться.



В медицине не может быть лишних тем. Многие процессы в организме **взаимосвязаны**, поэтому каждому врачу на хорошем уровне необходимо разбираться в вопросах, не относящихся напрямую к их квалификации. Как бы мы ни были далеки от **кардиоваскулярных и дерматологических состояний** в силу принципиально отличающейся специфики работы, порой нам приходится сталкиваться с проблемами, подведомственными специалистам других направлений.

К примеру, пациентки с нарушениями **свёртывания крови** — далеко не редкость в практике акушера-гинеколога.

В числе важных для нас факторов риска — применение гормональных препаратов непосредственно в период беременности и родов (и уж тем более на фоне опасных осложнений, преэклампсии, HELLP-синдрома, антифосфолипидного синдрома), врождённые тромбофилии. Более того, патологические изменения гемостаза ассоциированы с различными **акушерскими рисками** — невынашиванием беременности, задержкой роста плода, бесплодием.

Другой пример — пациентки с дерматологическими заболеваниями в области промежности: фактически — «не наши», но мы не имеем права игнорировать кожные проявления, так явно бросающиеся в глаза.

Конечно, тактику лечения в подобных ситуациях необходимо выбирать **совместно** с гематологом, дерматовенерологом и другими докторами в зависимости от возникшей проблемы. Однако как врачу женской консультации оценить вероятность состояний, представляющих прямую угрозу для жизни и здоровья женщины? Как выявить риск тромбоза у конкретной пациентки? Как правильно **интерпретировать** результаты анализов?



Наша **профессия уникальна**. Акушеры-гинекологи не только лечат больных, что, безусловно, благородно, мы помогаем родиться новому человеку, продлеваем молодость и активное долголетие, сохраняем качество самой жизни. Для решения этих непростых задач нужно постоянно учиться, узнавать новое, «быть в тренде». Журнал, который вы держите в руках, мероприятия StatusPraesens, мобильное приложение SPNavigator — все **инструменты** есть. Удачи нам всем на нашем **нелёгком**, но таком увлекательном пути! **SP**

[ При проблемах с зачатием не стоит забывать об отцовском факторе. Преодолением infertility супружеских пар должны заниматься акушеры-гинекологи вместе с андрологами и другими специалистами. ]

# ОСОЗНАНИЕ АНТИТЕЗИСА

Возможность оценки эффективности рутинных процедур.  
Профилактика респираторного дистресс-синдрома



**Авторы:** Сергей Александрович **Князев**, зам. главного врача по акушерству и гинекологии ГКБ им. Е.О. Мухина, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН; Зарина Азаматовна **Маромегбекова**, врач акушер-гинеколог акушерского стационара той же больницы; Анастасия Дмитриевна **Андреева**, врач акушер-гинеколог акушерского стационара той же больницы; Нигяр Ильхамовна **Амирасланова**, студентка 6-го курса лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова (Москва)

Российская медицина входит в эпоху **регламентирования деятельности врача**. Акушерство не станет исключением: что, как и в каких ситуациях назначать, нам **будут диктовать нормативные документы** — клинические рекомендации, стандарты и порядки. С одной стороны, стандартизация несёт в себе положительные моменты, гарантируя получение определённого результата, но с другой...

Любое мероприятие, предписанное документом в режиме рутинного выполнения, **рискует превратиться в dogmu**, когда его исполняют лишь потому, что «так заведено». Несмотря на то что клинические рекомендации пересматривают (в теории) каждые 3 года, любой обязательный постулат может оказаться очень жизнеспособным, поскольку для его опровержения необходимо накопить определённый массив данных, что невозможно сделать, не получив **обвинения в неисполнении документа**. Возможно ли вообще появление контраверсий в этих тесных рамках?

**О**дин из примеров критического подхода к оценке существующей ситуации — попробовать провести ревизию одного из рутинных мероприятий, а именно антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода. Заключается она во вну-

тримышечном введении глюкокортикоидов **всем беременным с высоким риском преждевременных родов в сроках от 24 до 34 нед гестации**, и обязательность процедуры подчёркивает её наличие в перечне критериев качества оказания медицинской помощи<sup>1</sup>.

[ Любое мероприятие, предписанное документом, в т.ч. клиническими рекомендациями, в режиме рутинного выполнения рискует превратиться в dogmu, когда его исполняют лишь потому, что «так заведено». ]

## Неразрешимая задача

Причина такого ответственного отношения к профилактике РДС плода вызвана тем, что долгое время проблему незрелости лёгких недоношенных детей считали абсолютно нерешаемой.

Преждевременно родившийся ребёнок умирал от постнатальной асфиксии, на вскрытии его лёгкие были спавшимися и тонули в воде, поскольку не содержали воздуха. Идея, что раскрытию лёгких может мешать высокое поверхностное натяжение, в 1929 году высказал швейцарский физиолог Курт фон Неергаард (Kurt von Neergaard), проведя серию опытов по их раскрытию с помощью жидкости. В 1947 году американский патолог Питер Грюнвальд (Peter Gruenwald) повторил опыты Неергаарда, заполняя лёгкие умерших недоношенных детей изотоническими растворами полисахаридов.

В 50-е годы XX века повышенное (тогда использовали термин «аномальное») поверхностное натяжение в альвеолах недоношенных детей называли «болезнью гиалиновых мембран», но поиска средств, позволяющих её преодолеть, почти не выполняли. Более того, клиницисты долгое время игнорировали сообщения Мэри Элен Эйвери (Mary Ellen Avery) и Джона Аллена Клементса (John Allen Clements), вплотную подошедших к открытию сурфактанта ещё в 1959 году<sup>2</sup>.

Прогресс подстегнуло трагическое событие в семье 35-го президента США Джона Кеннеди. Его сын Патрик Бувье Кеннеди появился на свет в 35 нед беременности 7 августа 1963 года и умер от РДС плода спустя 2 дня, несмотря на привлечение лучших медицинских средств того времени. В некрологе было отмечено, что не существует специальных средств для лечения болезни гиалиновых мембран. Однако определённые подвиги всё же начались — к открытию Клементса прислушались, и в течение года начались испытания поверхностно-

активных веществ. Тем не менее первые опыты с препаратом, обладающим такими свойствами, — дипальмитоилфосфатидилхолином — не принесли желаемого результата, и теория «высокого поверхностного натяжения» в лёгких недоношенных пришла в относительное забвение, уступив место другой — «цистемии лёгких»<sup>2</sup>. Однако дальнейшая эволюция продолжилась с неожиданной стороны.

## Неожиданная связь

В 1959 году Грэхем Лиггинс (Graham Liggins) поступил на должность старшего преподавателя акушерства и гинекологии в новозеландскую женскую больницу и решил заняться научной работой, доказывающей роль надпочечников плода в патогенезе преждевременных родов. Для этого проводили эксперименты на овцах, которым для индукции преждевременных родов вводили кортизол или адренокортикотропный гормон, затем после рождения выполняли полное патологоанатомическое исследование недоношенных ягнят.

Однажды Г. Лиггинс обратил внимание, что появившийся на свет после введения кортикостероидов ягнёнок самостоятельно дышал, а это было невозможно для данного гестационного срока. На вскрытии лёгкие были частично «раздуты», что навело на мысль о том, что это следствие введения кортизола, ускорившего созревание лёгких. Затем был проведён ряд клинических испытаний, сравнивающих лёгкие одного гестационного возраста у ягнят, родившихся как после введения глюкокортикоидов, так и без них. В первом случае лёгкие были розовые, раздутые и плавали при помещении их в воду, во втором — тонули и были похожи на печень. Своими наблюдениями Лиггинс поделился с коллегой — педиатром Россом Хоуи (Ross Howie), занимавшимся проблемой недоношенных новорождённых в Новой Зеландии.

Результаты первого исследования на людях, подтверждающие ускорение созревания лёгких у недоношенных детей после пренатального введения глюкокортикоидов, авторы впервые опубликовали в 1972 году<sup>3</sup>, а в 1977 году доложили на симпозиуме, организованном Королевским обществом акушеров и гинекологов Великобритании (Royal college of obstetricians and gynaecologists, RCOG). Консенсус по безопасности и эффективности профилактики РДС глюкокортикоидами при высокой вероятности рождения между 24-й и 34-й неделями гестации был достигнут лишь в 1994 году<sup>4</sup>. Курсовая доза в 24 мг была эмпирически подобрана Г. Лиггинсом и Р. Хоуи (в своих исследованиях они использовали 1:1 смесь фосфата бетаметазона и ацетата бетаметазона) и с тех пор не изменялась<sup>5</sup>.

Антенатальная профилактика РДС глюкокортикоидами вселила надежду на устранение «нерешаемой» проблемы и привела к определённой эйфории — стали расширяться границы сроков гестации, когда её следует назначать, появились идеи о повторных курсах (апогей — каждые 7 дней). Однако точный механизм стимуляции секреции сурфактанта в этой схеме так и остался до конца неизвестным, как и возможные побочные эффекты тайной цепочки реакций. К тому же к моменту консенсуса уже был достигнут определённый прогресс в создании искусственного сурфактанта.

## Идеальная смазка

Впервые об успешном применении эндотрахеального полусинтетического сурфактанта Surfactant-TA, выделенного из лёгких телёнка, у 10 недоношенных детей с массой 1500 г сообщил в журнале Lancet Тетсуо Фудживара (Tetsuro Fujiwara) в 1980 году<sup>6</sup>. В 1981 году началось производство ALEC, или Pmapactant, полученного Алемом Бэнгхэмом (Alec Bangham). В 1984 году появился Curosurf, полученный из лёгких свиней шведским врачом Бенгтом Робертсоном (Bengt A. Robertson) и химиком Тором Курстедтом (Tore Curstedt): название Curosurf составлено из RObertson-CURstedt SURFactant. Затем выпустили первый полностью

[ Курсовая доза глюкокортикоидов в 24 мг для профилактики РДС была эмпирически подобрана Г. Лиггинсом и Р. Хоуи (смесь фосфата бетаметазона и ацетата бетаметазона) и с тех пор не изменялась. ]

синтетический сурфактант на основе белка SNF5633<sup>7</sup>. С 1989 года эти препараты стали широко использовать в клинической практике.

В настоящее время в США допущены к применению четыре вида препаратов (на основе берактанта, кальфактанта, люцинактанта и порактанта  $\alpha$ ), в Европе — три (на основе берактанта, бовактанта и порактанта  $\alpha$ ), в Российской Федерации — два (на основе берактанта и порактанта  $\alpha$ ), но ещё существует несколько вариантов лиофилизатов для приготовления эмульсии.

Разработка новых поколений препаратов продолжается. Основные требования, выдвигаемые практикующими врачами, — эффективность, снижение стоимости, удлинение периода действия, хорошая переносимость и отсутствие осложнений. Пока до их выполнения далеко, но сегодня хотя бы есть альтернатива антенатальному введению глюкокортикоидов, что представляет собой определённую страховку от развития РДС у недоношенного. В свою очередь это позволяет ставить вопрос о соотношении риска/пользы существующей схемы профилактики этого синдрома.

Любопытство отнюдь не праздное, особенно если учесть, что большинство «профилактик РДС» не попадают в интервал максимального терапевтического эффекта — от 24 ч до 7 сут до рождения. В марте 2023 года были опубликованы данные Консорциума по изучению методов лечения беременных относительно антенатального применения глюкокортикоидов: у 40–80% женщин после проведённой профилактики РДС роды в период максимального терапевтического эффекта так и не развились, а у 26,8% гестация вовсе завершилась после 37 нед<sup>8</sup>.

Избыточность таких «профилактик» очевидна, к тому же вопросы относительно безопасности глюкокортикоидов остаются. Исследования на животных показали дозозависимую связь между их введением на поздних сроках беременности и снижением роста мозга плода и задержкой миелинизации<sup>9</sup>. Когортные исследования в Финляндии и Канаде продемонстрировали значительную связь с повышенным риском психических и поведенческих расстройств<sup>10</sup> и чаще встречающиеся нарушения развития нервной системы у доношенных детей<sup>11</sup>.

[ Большинство методик профилактики РДС не попадают в интервал максимального терапевтического эффекта (от 24 ч до 7 сут до рождения). Это ставит вопрос о соотношении риска/пользы предлагаемых схем. ]



© dzpholovideo / signature/stock

Однако каким бы потенциальным риском для плода ни обладали глюкокортикоиды, от них невозможно отказаться, пока не будет найден ответ на вопрос, насколько современные методы постнатального лечения РДС компенсируют отсутствие профилактики. Для этого необходимо сопоставить две группы недоношенных, в одной из которых дети родились в интервал максимального терапевтического эффекта после профилактики РДС, в другой — вовсе без предшествующих глюкокортикоидов. Как получить последнюю группу, если мероприятие рутинное?

## Преимущества концентрации

В реальности недоношенные, не получившие антенатальной профилактики РДС, появляются на свет время от времени по целому ряду причин, не за-

висящих от акушеров-гинекологов. Первая — отсутствие «абсолютного токолитика», позволяющего в любом случае подавить родовую деятельность. Ещё один вариант неполучения глюкокортикоидов — абдоминальное родоразрешение в экстренной категории неотложности, когда от постановки диагноза до рождения должно пройти не более 30 мин. Однако такие ситуации — всё же исключение из правил для обычного учреждения, даже III уровня, поэтому собрать достаточно материала сложно.

Относительно достоверную выборку обеспечивает налаженная маршрутизация, когда беременных с высоким риском досрочного рождения группируют в учреждении, обладающем возможностью выхаживания недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела, например, в перинатальном центре при многопрофильной больнице. Мы смогли провести в таком учреждении ретроспективный анализ 365 историй родов и историй развития

новорождённых, появившихся на свет в 24–34 нед гестации.

Первую группу исследования (основную) составили 125 новорождённых, матерям которых **не проводили антенатальную профилактику РДС** плода глюкокортикоидами по не зависящим от медицинского персонала причинам: из-за поступления в стационар в активную фазу родов или потребности в родоразрешении в экстренном порядке.

Вторую группу исследования (контроля) составили 240 новорождённых, родившихся после проведения **полного курса профилактики РДС плода** — трёхкратного внутримышечного введения 8 мг дексаметазона с интервалом 8 ч (суммарная доза — 24 мг) с последующим интервалом до рождения в период максимального терапевтического эффекта: от 24 ч до 7 сут.

**[ Бороться с необоснованной профилактикой РДС необходимо по нескольким направлениям: избегая гипердиагностики, оптимизируя постнатальную терапию, не забывая о нейропротекции сульфатом магния. ]**

Получились параллельные группы, из которых полностью исключили любые несоответствия критериям отбора: по срокам гестации на момент родов (менее 24 или более 34 нед) или с неполным курсом профилактики. Эффективность профилактики РДС плода оценивали **по течению периода новорождённости**: потребности в респираторной поддержке, её варианте и длительности (ИВЛ, СРАР)\*, необходимости введения сурфактанта, частоте внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК). При расчёте смертности учитывали **всех детей**, входящих в группы и умерших в стационаре в период как новорождённости, так и младенчества.

## Небольшая разница

Средний срок гестации на момент рождения составил 30 нед ( $p=0,777$ ) в обеих группах, поэтому различий по среднему весу новорождённых между группами почти не было: в первой он составил  $1494 \pm 553$  г, во второй —

$1501 \pm 549$  г. **Абдоминальным путём** появилось на свет **большинство** детей из обеих групп: 60,8% ( $n=76$ ) в группе без предшествующей антенатальной профилактики РДС плода и 77% ( $n=185$ ) в группе с антенатальным введением глюкокортикоидов ( $p=0,42$ ). Идентичность групп по срокам родоразрешения и массе новорождённых повысила точность оценки эффективности профилактики РДС плода, поскольку его риск обратно пропорционален сроку беременности.

Большинству недоношенных младенцев в обеих группах потребовалась **респираторная поддержка**, вариантами которой были ИВЛ или СРАР.

Профилактика РДС плода глюкокортикоидами почти не оказала влияния ни на среднюю продолжительность респираторной поддержки, ни на **частоту**

**ИВЛ** у новорождённых: после полного курса она потребовалась 71,7% детей ( $n=172$ ), что почти не отличается от группы без неё — 71,8% ( $n=89$ ) ( $p=0,983$ ); ни на частоту использования СРАР — 21% младенцев ( $n=26$ ) в первой группе и 25% ( $n=60$ ) — в группе контроля ( $p=0,391$ ).

**Средняя длительность ИВЛ** составила 4,37 сут в первой группе и 5,26 сут — во второй; средняя длительность **СРАР** — 2,08 сут в основной группе и 1,73 сут в группе контроля ( $p=0,265$  и  $p=0,194$  соответственно). Антенатальное введение глюкокортикоидов также не повлияло на потребность во введении **экзогенного сурфактанта**: его получили 76,4% новорождённых ( $n=94$ ) в исследуемой группе и 77,8% ( $n=186$ ) — в группе контроля, что также не представляет собой статистически значимых различий ( $p=0,763$ ).

Безусловно, положительным отличием в группе с проведённой профилактикой РДС плода была более низкая **частота ВЖК 2-й степени**: 13,5% ( $n=32$ ) в сравнении с 22% ( $n=27$ ) ( $p=0,04$ )

в исследуемой группе. По частоте ВЖК других степеней различия менее очевидны: в первой группе диагностировано 8,9% ВЖК 1-й степени ( $n=11$ ) и 3,3% ( $n=4$ ) 3-й степени; во второй группе — 5,9% ( $n=11$ ) 1-й степени и 5,5% ( $n=13$ ) 3-й степени.

**Младенческая смертность** в стационаре составила 72‰ ( $n=9$ ) в исследуемой группе и 46‰ ( $n=11$ ) — в группе контроля ( $p=0,297$ ). С одной стороны, это указывает на преимущество профилактики РДС, но с другой — структура выглядит парадоксально. Так, в качестве основного патологоанатомического диагноза **синдром дыхательных расстройств** (код по МКБ-10 — R22.0) отмечен намного чаще в группе младенцев, чьи матери получили полный курс глюкокортикоидов, — 27% по сравнению с 11,1% в основной группе. Возможно, полученные результаты — это лишь следствие небольшого общего количества наблюдений, но ситуация однозначно заставляет задуматься.



Невзирая ни на какие исследования, профилактика РДС плода в определённые сроки гестации **останется рутинным мероприятием** при высокой вероятности досрочного рождения до тех пор, пока не изменятся действующие регламентирующие документы: клинические рекомендации и приказы Минздрава. Однако точность в оценке вероятности преждевременных родов в 20–60% уже внушает тревогу. Бороться **со столь широким необоснованным** проведением профилактики РДС необходимо по нескольким направлениям: избегая гипердиагностики, оптимизируя постнатальную терапию РДС, а также не забывая о **нейропротекции сульфатом магния**. Повысив точность применения профилактики РДС плода глюкокортикоидами до «только тем, кому это необходимо», мы изменим соотношение риск/польза в пользу последней. **SP**

\* ИВЛ — искусственная вентиляция лёгких, СРАР — режим постоянного положительного давления в дыхательных путях [англ. continuous positive airway pressure].

# бесправный плод

Пробелы в законодательстве, затрудняющие совершенствование службы фетальной хирургии в России



Автор: Николай Фёдорович Шапов, канд. мед. наук, детский хирург детской службы торакоабдоминальной хирургии и экстренной хирургической помощи Ильинской больницы (Московская область)

Копирайтинг: Сергей Лёккий

**Фетальная хирургия** и в целом практика оперативных вмешательств для оказания помощи плоду за 50 лет прошла впечатляющий путь — от единичных событий до уровня перспективного клинического направления. Наряду с рутинным выполнением внутриутробных манипуляций проходят клинические испытания, позволяющие расширить показания и улучшить результаты, регионализируется маршрутизация оказания помощи. Тем не менее существует немало практических вопросов, без решения которых сложно обеспечить безопасность матери, плода, врачебной бригады, оказывающей данный вид помощи, и даже лечебного учреждения.

Какие документы регулируют **правовое поле** в этих случаях? Кого оперируют врачи — **мать или плод**? Кто принимает решение о том, что лечение **не следует откладывать** до родов? Доказаны ли **преимущества** фетальной коррекции перед постнатальным хирургическим вмешательством для конкретной нозологии?

**В**ыступая с докладом на одной из медицинских конференций, посвящённой вопросам здоровья женщин и детей, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич **Радзинский** отметил, что специалисты, способные выполнять хирургические вмешательства внутриутробно, в настоящее время чрезвычайно **востребованы**. Тем не менее дальнейшие пути развития этого направления требуют всестороннего обсуждения, в первую очередь для **обеспечения правовой защищённости** всех участников: эксперта ультразвуковой диагностики, выполнявшего скрининг, членов перинатального консилиума, самих хирургов, матери и плода.

## Совет издалека

Пленарное заседание, посвящённое оказанию медицинской помощи с **привлечением специалистов сторонней организации**, началось с обсуждения регламента проведения **дистанционной консультации** и ответственности за результаты лечения согласно полученным рекомендациям. Взаимодействие коллег-врачей в этом формате работает вполне уверенно и регулируется приказом Минздрава РФ №965н<sup>1</sup>. К примеру, известно, что приказ №1130н<sup>2</sup> предписывает акушерам-гинекологам **обязательно** обращаться за такой помощью в ситуациях из чётко прописанного списка, тогда как

[ Лечащий врач не должен слепо исполнять полученные рекомендации, он становится единственной точкой консолидации всех предложенных тактик; решение оформляют как коллегиальное. ]

у детских хирургов (именно они чаще всего берут на себя фетальные вмешательства) нет нормативных актов, регулирующих этот вопрос.

Ответственный секретарь комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности МАРС Александр Васильевич Иванов, модерировавший дискуссии по юридическим вопросам фетальной хирургии, предложил участникам обсудить, какая практика консультаций существует, должен ли лечащий врач строго придерживаться полученных рекомендаций и чем он рискует, если у пациента возникнут неблагоприятные последствия.

Канд. мед. наук Анна Николаевна Шапкина, доц. Института хирургии ТГМУ, отметила, что специалисты их службы регулярно консультируют региональных врачей и в свою очередь сами пользуются такой помощью от федеральных центров. Для подобных консультаций есть выделенные компьютеры, общение происходит с помощью программы Skype с предварительной отправкой имеющихся данных о пациенте — выписок, снимков и т.д.

Регламентов, обязывающих врачей головного учреждения пользоваться такой поддержкой, нет, консультации всегда организуют по потребности. В федеральных центрах никогда не отказывают, обычно находят время для консультации очень быстро. Для лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), подчинённого региональному центру, прописан и работает порядок обращения к вышестоящей инстанции. Обычно врачи следуют рекомендациям, однако этому часто препятствует разница во времени с Москвой — для разных городов Дальнего Востока она составляет 7–9 ч. По этой причине нередко приходится менять предложенные тактики и принимать собственные решения.

В свою очередь перед Минздравом Московской области неоднократно ставили вопрос о том, что регламент обращения за консультацией в детской хи-

рургической службе не прописан ни в порядке оказания помощи по профилю «детская хирургия»<sup>3</sup>, ни в разного рода клинических рекомендациях. Это упущение, поскольку каждый регион имеет право создавать собственные локальные распоряжения. В итоге в алгоритмах, которыми руководствуются детские хирурги в Московской области, было определено, что главного специалиста или головное учреждение необходимо в обязательном порядке информировать обо всех поступивших **детях до 3 лет**, это позволяет им своевременно подключаться к лечению ребёнка при высоком риске критических ситуаций.

В остальных случаях действия по запросу консультации должны основываться на понимании того, до какого уровня персонал ЛПУ и конкретный специалист способны принимать **компетентные решения**. Если навыков недостаточно для текущей клинической ситуации, доктор **обязан** обратиться за вторым мнением по доступным для него каналам. При этом лечащий врач не должен слепо исполнять полученные рекомендации, он становится единственной **точкой консолидации** всех предложенных тактик. Окончательное решение может быть принято единолично либо оформлено как коллегиальное с внесением записи в историю болезни. Такой вариант позволит **разделить ответственность** с опытными коллегами — судебный эксперт, оценивающий возможный неблагоприятный исход, учтёт, что был предпринят максимум необходимых действий.

Опыт работы Московского областного перинатального центра (МОПЦ) поделилась канд. мед. наук Анастасия Сергеевна Петрова, зам. главного врача по педиатрии, доц. кафедры неонатологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Основная консультирующая инстанция для МОПЦ по профилю «неонатология» — НЦ им. В.И. Кулакова, что регламентировано приказом Минздрава Московской области. Роль профильной консультирующей организации взяла на

себя НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева (в МОПЦ маршрутизируют беременных с врождённым пороком сердца у плода). Для получения рекомендации врачи центра подают заявку, кураторы оперативно выходят на связь, а после обсуждения присылают заключение. Общение происходит по **защищённым каналам** коммуникаций, в экстренных случаях — по телефону.

Марина Анатольевна Агапочкина, директор юридической компании «Правовой медицинской контроль», уточнила, что в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ<sup>4</sup> лечащий врач **обязан** запросить помощь, если она нужна, а также организовать её получение. Именно через него происходит трансляция мнения консультирующего специалиста (группы экспертов). Для рекомендаций, полученных при телемедицинской консультации, прописано, что за результат при условии следования назначениям ответственен тот, кто их сформулировал (хотя на практике это малореализуемо). При очном присутствии консультанта за итог отвечает лечащий врач.

Педантичное следование рекомендованной тактике обязательно в **экстренных ситуациях**, если назначения получены из федеральных медицинских центров<sup>5</sup>. Отвечая на вопрос о том, можно ли **обосновать невыполнение** заключения дистанционной консультации, Марина Анатольевна предположила, что такой сценарий маловероятен. Более правдоподобен вариант, когда лечащий врач, несогласный с мнением экспертов, **дополнит** предоставленную ранее информацию для обоснования своего мнения и скорее всего получит новые рекомендации.

В ходе обсуждения прозвучал интегральный вопрос — можно ли юридически обосновать получение рекомендаций в экстренной ситуации по телефону, например, в ходе хирургического вмешательства? Марина Анатольевна сочла подход правильным для экстренных ситуаций. Это нельзя считать полноценной телемедицинской консультацией, но соответствующая запись в истории болезни будет нелишним обоснованием принятого решения. Следует развёрнуто **зафиксировать** хронологию произошедшего в документах и внятно изложить, как и кем было принято окончательное решение.

[ Для рекомендаций, полученных при телемедицинской консультации, прописано, что за результат при условии следования назначениям ответственен тот, кто их сформулировал (хотя на практике это малореализуемо). ]

## Доктор «взаимы»

В ряде случаев врачи разного профиля по тем или иным причинам вынуждены выполнять свою профессиональную работу **вне стен** ЛПУ, где они официально трудоустроены. Это могут быть как очные консультации, так и вмешательства: операции, манипуляции, реанимационные мероприятия и т.д. Правомочно ли совершать эти действия вне рабочего места, и если да, то на каком правовом основании? Если (или когда) это **запрещено законом**, то какие последствия для доктора, оказавшегося в такой ситуации, повлечёт неоказание помощи?

Условный пример: главный хирург области приезжает в ЛПУ региона для участия в очном консилиуме. В учреждении находится **нетранспортабельный** ребёнок в тяжёлом состоянии, выполнить необходимую для спасения его жизни операцию по уровню квалификации может только вновь приехавший врач. На первый взгляд кажется логичным, что доктор из головного учреждения может выполнить любые действия в рамках **своей компетенции** на подведомственной территории даже вне рабочего места. Однако изучение правовых основ этого вопроса даёт чёткий ответ: таких полномочий **нет ни у кого**, даже у главного специалиста региона.

Другой пример: для выполнения плановых вмешательств в дневное время заведующий хирургическим отделением должен быть **трудоустроен** там же в качестве врача-хирурга, поскольку в должностные инструкции заведующего эти задачи **не входят**. Зато ночью он может оперировать по экстренным показаниям без всякого совместительства, поскольку, согласно букве инструкций, обязан выехать на рабочее место, если дежурная смена не справляется с ситуацией самостоятельно.

Даже из организаций, с которыми заключено **соглашение о сотрудничестве** (например, в формате взаимобмена), нельзя привлечь специалистов к выполнению вмешательств. Именно поэтому, к примеру, в педиатрической службе Дальнего Востока ребёнка, нуждающегося в сложной операции, **всегда эвакуируют** в головное учреждение региона. За последние несколько лет был только один эпизод, когда врач для оказания помощи приехал **в другой город**, но был

**официально трудоустроен в штат** на время выполнения операции.

Привлечённые к обсуждению юристы рекомендуют, если врач приезжает для любых манипуляций (не для консультирования), на основании приказа о сложившейся ситуации (например, сложная или экстренная операция) заключать **срочный** трудовой договор (не договор подряда). Важно, что Трудовой кодекс допускает подписание документа **в течение 3 сут** после оказания услуги. Оказавшись перед необходимостью выполнения работы вне своего учреждения, специалист проводит соответствующее лечение, затем **не позднее 3 дней** отдел кадров ЛПУ его трудоустраивает и сразу увольняет. Контракт может быть любым — на конкретное действие, почасовой и т.д.

[ Даже специалистов организаций, с которыми оформлено сотрудничество, нельзя привлекать к выполнению хирургических вмешательств на своей территории без предварительного трудоустройства. ]

Гораздо сложнее ситуация, если пациент оказывается в больнице, **не имеющей разрешения** на необходимый ему вид помощи. Даже если к нему приедет врач из учреждения, имеющего нужную лицензию, вне своих стен он **не вправе** оказывать эту услугу. В таких случаях необходимо оценить возможность **экстренной эвакуации**. Если транспортировка резко снижает шансы пациента на выживание или технически невыполнима, врачи действуют в соответствии с **обстоятельствами непреодолимой силы** — максимально подробно описывают ситуацию в медицинской документации и спасают жизнь на месте силами прибывшего квалифицированного специалиста. Так же следует действовать, если экстренный эпизод произошёл вне ЛПУ — на улице, в кафе, в самолёте и т.д. После оказания помощи следует совместно с юристом детально обосновать имевшую место **крайнюю необходимость**, впоследствии правильность действий врача можно будет доказать в суде.

Если доктор, приехавший в чужую больницу для единственной манипуляции, должен быть **трудоустроен**, то како-

вы полномочия и **правовые основания** для работы врачей скорой медицинской помощи (СМП), если эвакуация невозможна и ребёнка нужно спасти на месте? К примеру, в МОПЦ, под патронажем которого работают 42 областных роддома, для оказания специализированной помощи сформированы **выездные бригады**. Если сразу эвакуация невозможна, сотрудники бригады стабилизируют состояние пациента по месту вызова, даже организуют круглосуточный пост III уровня — на это у центра **есть лицензия**. Что же делать, если пациента нельзя забрать и ему нужна операция, на которую у ЛПУ нет разрешения, а у хирургов — достаточной квалификации?

Чтобы разобраться, следует чётко установить **причины невозможности** эва-

куации. Основной критерий — перевозка резко **ухудшит состояние** ребёнка, например, с бронхолёгочной дисплазией с высокочастотной подачей воздушной смеси и оксида азота. В этом случае перевод пациента на транспортные аппараты ИВЛ, не обеспечивающие нужные режимы респираторной поддержки, быстро и значительно снизит оксигенацию.

Медицинская организация, вызвавшая на себя выездную бригаду, проводит **весь объём** подготовки к эвакуации, здесь же принимают решение о её (не)возможности (руководитель ЛПУ или его заместитель, при их отсутствии — лечащий врач). Команда центра медицины катастроф (ЦМК) или СМП берёт на себя **ответственность** за перевозимого пациента только тогда, когда он **окажется в машине**. При этом, даже если сотрудники ЛПУ считают, что ребёнок перенесёт транспортировку, а бригада с этим не согласна, они имеют право оказывать помощь **на месте**, взяв тем самым полномочия на себя.

Таким образом, принятие решения об эвакуации состоит из двух этапов.

Вначале его принимает вызвавшее ЛПУ, затем решение подтверждает прибывшая выездная бригада. Если на любом из этапов определено, что транспортировка невозможна, функцию лечащего врача обсуждаемого пациента принимает на себя **старший бригады**, а больница, откуда приехала команда, становится медицинским учреждением, оказывающим услугу.

Разрешение на услуги СМП подразумевает, что бригада работает **вне своей организации** — больницы или подстанции СМП, ЦМК и т.д. Оказавшись в другом ЛПУ, они действуют **в рамках лицензии** своего головного учреждения, в том числе при оказании специализированной помощи — неонатальной, хирургической, реанимационной, акушерской, — в зависимости от состава врачей. В этом случае **не требуется** оформления дополнительных трудовых или юридических отношений.

[ Приглашение зарубежного специалиста для показательной операции без нострификации его диплома и трудоустройства незаконно. Несмотря на звёздный статус, эксперт может лишь читать лекции. ]

В результате состоявшегося обсуждения было принято **решение**, как в Московской области следует организовывать выполнение экстренных операций вне крупных больниц, если ребёнка нельзя транспортировать. Для этого в составе реанимационно-консультативного центра (для других регионов это можно делать на базе ЦМК) нужно создать **выездную детскую хирургическую бригаду** и запланировать её дежурства. Тогда врачи при невозможности эвакуации **смогут оперировать пациента**, а затем организовать пост высокотехнологичной помощи **в любом ЛПУ** без правовых накладок и проволочек.

Опыт выполнения высокотехнологичных фетальных операций в нашей стране заметно меньше, чем в некоторых зарубежных клиниках, в связи с чем остро стоит вопрос о правовом сопровождении визитов **зарубежных специалистов** в РФ для проведения мастер-классов и показательных операций. Если даже у российских врачей существуют

сложности при работе не по месту трудоустройства, очевидно, что приглашение иностранца также может нести **риски** как для него самого, так и для принимающей организации.

Доц. А.Н. Шапкина поделилась собственным опытом — их клиника для организации мастер-классов пользуется услугами только российских специалистов, причём на время проведения их также трудоустраивают. Врачей из-за рубежа приглашали только для **чтения лекций**, поскольку нострификацию\* диплома, необходимую для выполнения манипуляций на территории РФ, организовать очень сложно. Значительно проще подготовить **онлайн-трансляции** из операционной доктора, владеющего инновационной операционной техникой. Это позволяет обойти вопрос с риском **поздних послеоперационных осложнений** вмешательства, о которых местные специалисты могут быть недо-

статочно осведомлены из-за новизны подхода.

Дмитрий Борисович **Гаранов**, юрист-консульт Ассоциации организаторов в здравоохранении, подтвердил, что оказание медицинских услуг без нострификации диплома подпадает под статью 235 УК РФ — «причинение вреда здоровью». А лица, допустившие зарубежного специалиста к работе, совершают **должностное преступление** (халатность), расцениваемое как общественно опасное деяние. Именно поэтому в отношении иностранцев действует приказ Росздравнадзора №10084<sup>6</sup>, где прописана вся цепочка допуска таких специалистов. Что касается врачей, допущенных к практике в России и привлекаемых для демонстрационных и обучающих мероприятий, возможность и порядок подписания трудового договора следует внести в **локальные нормативные акты** ЛПУ.

М.А. Агапочкина резюмировала, что приглашение иностранца без соответствующих разрешений для показатель-

ной операции никак **не укладывается** в рамки российского законодательства, какой бы звездой мировой величины ни был этот эксперт. Единственный путь — легализация допуска (нострификация с последующими шагами согласно приказу Росздравнадзора №10084) и **обязательные** трудовые отношения. Других механизмов пока не существует.

## Ещё не рождённый пациент

Область фетальной хирургии содержит множество фундаментальных юридических вопросов: как разграничить строго интранатальные операции с теми, которые можно выполнить постнатально, кого оперируют — **женщину или плод** — и, наконец, кто эти вмешательства должен выполнять: хирург, акушер-гинеколог, нейрохирург или же бригада врачей разных специальностей. На них есть некоторые ответы в законах, нормативных актах и даже в Конституции РФ, но большинство из них либо **противоречивы**, либо неоднозначны. Участники обсуждения характеризовали состояние дел в этой сфере терминами «правовой вакуум» и «обилие белых пятен».

Проще всего дело обстоит с определением показаний, поскольку в мире действует несколько обществ фетальной хирургии и разработанные ими **руководства** широкодоступны. Первым и основным сформулированным показанием выполнения пренатального вмешательства стал **риск гибели** плода, возникший в ходе беременности. По мере развития технологий операции стали осуществлять и при **spina bifida**, поскольку исследования продемонстрировали преимущества внутриутробных вмешательств над постнатальными. Разумным выглядит предложение создать отечественные клинические рекомендации, регламентирующие порядок действий для участников перинатального консилиума.

Проф. Дмитрий Анатольевич **Морозов**, директор НИКИ педиатрии и дет-

\* Нострификация — признание и установление эквивалентности документов иностранных государств об образовании и учёных степенях и званиях. У России существуют международные соглашения с некоторыми странами, когда нострификация не требуется.



© JanBrend / Signature/stock

ской хирургии им. Ю.Е. Вельтищева, считает, что все показания нужно выстраивать, как можно более полно учитывая интересы плода. В соответствии с Конвенцией ООН о правах ребёнка<sup>7</sup> дети ещё до рождения имеют максимальный приоритет в плане безопасности, тогда как по факту в нашей стране до появления на свет они не обладают юридической субъектностью и расцениваются как часть организма матери.

Действительно, на уровне Конституции РФ закреплён юридический статус плода — ребёнок получает права **только с момента рождения**, но не раньше. При этом во многих странах, а также в некоторых случаях в России плод имеет **юридическую субъектность**, например, ещё во время беременности на него распространяются права наследования. Есть и другие примеры, когда факт вынашивания ребёнка изменяет квалификацию преступления.

[ **Голоса о признании субъектности ещё не рождённого ребёнка звучат громко, но нужно подходить к вопросу объёмно и понимать, сколь существенные риски врачевное сообщество на себя принимает. ]**

Голоса о признании субъектности ещё не рождённого ребёнка звучат громко, но нужно подходить к вопросу объёмно и понимать, сколь существенные **риски** врачевное сообщество примет на себя, если этот статус будет возникать при зачатии или с некоего момента беременности. К примеру, акушеры-гинекологи видят серьёзные риски при возникновении показаний к фетотомии и операциям по прерыванию беременности, да и выкидыш может стать поводом к проведению как минимум следственных действий. Развивая эту тему, Артём Александрович Буров, зав. клинической работой в отделении хирургии новорождённых НЦ им. В.И. Кулакова, в ходе дискуссии сформулировал свою точку зрения следующим образом: «...я не могу давать наркоз плоду — я даю его матери».

Докт. мед. наук Дмитрий Юрьевич **Зиненко**, зав. нейрохирургическим отделением НИКИ им. Ю.Е. Вельтищева, также отметил, что практикующий спе-

циалист перед принятием решения об операции **не может обсуждать** сложившуюся ситуацию с плодом, только с родителями.

М.А. Агапочкина выразила мнение, что не важно, лечит врач **часть организма женщины** или будущего гражданина, ему необходимо минимизировать угрозы для жизни и здоровья. Тем не менее **законодательную точку** нужно ставить, поскольку двойственность ситуации сильно затрудняет принятие решений. Статистика показывает, что кажущаяся избыточной регламентированность уменьшает правовое давление на докторов: чем **чётче** прописаны инструкции, тем меньше ошибок и ниже риск. Без проработанной законодательной базы, разносторонне защищающей врачей, направление не разовьётся далее фетоскопических лазерных коагуляций.

С точки зрения закона все фетальные операции отнесены к **высокотехно-**

**логичным** в разделе «**Акушерство и гинекология**». К сожалению, отсутствие в перечне госгарантий кардиологической помощи не позволяет интранатально скорректировать порок сердца у плода, неврологической — закрыть дефект нервной трубки и т.д. Притом ни детский, ни нейро-, ни кардиохирург **не вправе** выполнять такие вмешательства, в связи с чем обязанность выполнять соответствующие манипуляции ложится на акушера-гинеколога.

Существует альтернативный путь «узаконивания» технически сложных и инновационных методик — клиническая апробация, но осуществление таковых запрещено у беременных. Из-за указанной правовой коллизии вопросы о том, где, чьими силами и из каких средств такие оперативные вмешательства можно делать, до сих пор не проработан.

Докт. мед. наук Кирилл Витальевич **Костюков**, зав. отделением ультразвуковой и функциональной диагностики НЦ

им. В.И. Кулакова, считает, что бессмысленно привязывать фетальную хирургию к конкретной специальности врача. В Америке оперируют детские хирурги, в Европе — акушеры-гинекологи, а **строгих ограничений**, прописанных в нормативных документах и затрудняющих оказание помощи конкретному ребёнку, **желательно избежать**.

Д.А. Морозов полагает, что решением проблемы могла бы стать сертификация фетальных вмешательств не для ЛПУ, а для конкретного практикующего врача независимо от специальности. В этом направлении уже есть определённые сдвиги, в том числе через начавшуюся **аккредитацию**. Пока не реализован такой подход, можно **менять лицензионные правила** для ЛПУ. Например, присутствие неонатального хирурга в бригаде акушерского стационара должно стать нормой.

А.В. Иванов предложил **пересмотреть профстандарты**: если в нынешних условиях невозможно разобраться, кто должен оперировать плод, имеет смысл открыть эту возможность для нескольких специальностей. Важно, что это будет не **обязанностью**, а **правом**, реализация которого будет детализирована **должностными инструкциями** на конкретном рабочем месте.

А.А. Буров, участвовавший в обсуждении прямо из операционной, предложил не откладывать разработку решений перечисленных проблем. Поскольку все присутствующие представляли разные ассоциации, каждая из которых имеет отношение к обсуждаемой проблеме, он предложил **объединить специалистов** от каждой из них в **рабочую мультидисциплинарную группу** с условным названием «Общество фетальной хирургии». Эти люди подготовят **предложения** для Национальной медицинской палаты и будут заниматься их продвижением на законодательном уровне. Д.А. Морозов поддержал идею, отметил, что **профессиональное сообщество** должно быть очень активным при реализации своих запросов и предложений. Профессиональные ассоциации обладают **значительными полномочиями**: консолидированное решение, подкреплённое голосованием, становится легитимным и может быть представлено в Национальную медицинскую палату.

Завершая дискуссию, присутствующие решили составить письмо-обращение в Комитет по охране здоровья Государственной думы с просьбой организовать **круглый стол** по вопросам, связанным с фетальной хирургией.

Встреча заинтересованных лиц **на площадке законодателя** позволит обсудить проблему на высоком уровне.

Прозвучало также предложение посвятить этой теме несколько симпозиумов в рамках предстоящих медицинских конгрессов.

## Жить или не жить?

Дискуссия, посвящённая теме **прав и ответственности** участников перинатальных консилиумов, сформировалась из спорных решений таких комиссий, в том числе обусловленных законодательными недоработками. В приказе №1130н<sup>2</sup>, регламентирующем работу всех акушеров-гинекологов страны, написано, что если у беременной выявлен порок развития плода, то в этом случае пренатальный консилиум принимает решение о дальнейшей тактике. Однако, как отметила докт. мед. наук Елена Владимировна Юдина, проф. кафедры медицинской генетики РМАНПО, в приказе не детализирован алгоритм, есть существенные противоречия, а ответственность участников, юридическая и медицинская, вообще никак не прописана.

Безусловно, УЗИ — хороший метод дородовой оценки состояния плода, однако результат сильно **зависит от квалификации** специалиста. На заключении во многом основаны показания для прерывания беременности, а обеспечить каждое медицинское учреждение врачами высокой квалификации не представляется возможным. Именно поэтому при принятии решения всегда встаёт вопрос об **ответственности** доктора, участвующего в том или ином этапе от первого скрининга до рождения ребёнка.

[ Поскольку лечащий врач у беременной — акушер-гинеколог, именно ему поручают донести до женщины сведения о наркозе, рисках и исходах операции, в отношении чего он зачастую недостаточно компетентен. ]

А.В. Иванов обратил внимание слушателей на два момента. Во-первых, до сих пор действует приказ, где у показаний к прерыванию беременности стоят коды Международной классификации болезней, **относящиеся ко взрослым**. Во-вторых, приказ №1130н отсылает врача, рекомендующего внутриутробную операцию, к учреждениям, оказывающим высокотехнологичную помощь, но в программе госгарантий **совсем нет** фетальных кардиохирургических манипуляций.

Канд. мед. наук Елена Николаевна Андреева, зав. медико-генетическим отделением Московского областного НИИ акушерства и гинекологии, считает, что отсутствие правовой базы может превращать пренатальный консилиум в орган, выдающий «разрешение на аборт». Это неправильно, поскольку задача такой экспертной группы состоит в том, чтобы предоставить будущей матери **исчерпывающую информацию** о состоянии плода и возможных исходах, чтобы окончательное решение было принято семьёй.

Отсутствие ответственности за некомпетентные решения оставляет мать и врачей один на один с неблагоприятным исходом. Формулируя заключение пренатального консилиума, его участники должны обеспечить женщину конкретным **планом действий**: где, как и в какой последовательности можно получить квалифицированную помощь в дальнейшем, если она последует полученным рекомендациям.

Много внимания в ходе дискуссии было уделено порядку формирования пренатального консилиума. В законе указано, что **инициировать** обсуждение и определять состав консилиума должен лечащий врач. При этом акушеру-гине-

кологу не всегда очевидно, специалистов какого профиля следует привлечь. Докт. мед. наук Ольга Геннадьевна Мокрушина, проф. кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, зам. главного врача по хирургии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова, предложила прописать в нормативных документах уровень квалификации участников пренатального консилиума. В то же время важно помнить, что территории сильно различаются по оснащению и кадровой обеспеченности, поэтому **универсальные** стандарты помощи беременным с пороками развития плода сформулировать вряд ли возможно. По всей видимости, разработка собственных положений, регламентирующих создание и деятельность перинатальных консилиумов в регионах, должна быть поручена местным министерствам.

Если в регионе **нет опыта выхаживания** детей с конкретным пороком, в заключении пренатального консилиума следует указать, что в условиях данного субъекта РФ оказать помощь пациенту невозможно, и рекомендовать маршрутизацию в другой регион для сохранения государственных гарантий. Что касается состава самого консилиума, в регламентирующих документах лучше фиксировать не состав, а **принципы принятия решений** — кто и на каком основании их принимает. Можно указать, что необходимы профильные участники, однако с чётко прописанным соответствием нозологии и специальности врача.

В обсуждении был затронут вопрос о том, кто сообщает пациентке о решении, принятом пренатальным консилиумом (последствия выявленного порока, риски, возможные тактики и т.д.). Канд. мед. наук Иван Олегович Печерей, доц. кафедры судебной медицины и медицинского права лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, уточнил, что информировать мать должен человек, определяемый законом как **лечащий врач**, хотя это в данном случае очень размытое понятие. Д.Б. Гаганов

[ В ходе пренатального консилиума нередко ошибки при определении степени нарушения функций у плода с пороком развития. Из-за этого сложно правильно прогнозировать реабилитационный потенциал ребёнка. ]

в дополнение привёл перечень сведений, которые пренатальный консилиум обязан предоставить беременной.

- Подтверждённый диагноз с указанием способа верификации.
- Однозначность **негативного прогноза**.
- Убедительное подтверждение отсутствия эффективных методов лечения после рождения.
- **Эффективность и безопасность** предлагаемой операции до и после родов как для матери, так и для ребёнка.

Канд. мед. наук Марина Владимировна **Левитская** сформулировала основное затруднение: если лечащий врач у беременной — акушер-гинеколог, то именно ему поручают донести до женщины сведения о наркозе, рисках и исходах операции, в отношении чего он зачастую недостаточно компетентен. Участвующие в обсуждении медики поддержали точку зрения, что информировать мать должен «узкий» специалист — анестезиолог, хирург и т.д., в то время как юристы однозначно высказались, что в соблюдение закона говорить с женщиной должен акушер-гинеколог.

Канд. мед. наук Игорь Николаевич **Ворожцов**, руководитель отдела НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, поделился опытом того, как

решён вопрос в их клинике. В беседе с матерью коллегиально участвуют лечащий врач и **несколько основных представителей** пренатального консилиума, каждый из них поясняет ту часть плана ведения, в которой наиболее компетентен, а заключение **подписывают все**. А.В. Иванов добавил, что согласно закону №323-ФЗ информировать мать о заключении может **любой человек**, оказывающий помощь, к таковым можно отнести каждого из членов пренатального консилиума. Участники обсуждения сошлись во мнении, что необходим нормативный акт, детально описывающий регламент, а включение в состав экспертов **юриста** и социального работника назвали очень желательным.

## Желание женщины

Одна из ключевых этических дилемм, возникающих при обнаружении показаний к внутриутробной операции, — имеет ли пренатальный консилиум право рекомендовать вмешательство, если самой женщине **ничего не угрожает**? Во всех документах основное внимание уделено исходам для плода, однако беременная при этом тоже **повергается рискам**. Проблема на-



© Сергей Савостьянов/ГМС

[ Следование решениям родителей, заранее отказавшихся от реанимационных мероприятий для младенца, не освобождает врача от ответственности за неисполнение федерального закона или клинических рекомендаций. Паллиативный статус может быть присвоен новорождённому только после выписки из роддома. ]

прямую переключается с уже затронутой темой о том, кого следует считать пациентом фетальной хирургии. Доц. И.О. Печерей подчеркнул, что пренатальный консилиум следует наделять правом давать рекомендации и по поводу прерывания, и для внутриутробной коррекции выявленного дефекта. Однако окончательное решение по результатам консилиума должен принимать субъект права — женщина, а не члены комиссии или лечащий врач. При этом, давая заключение о необходимости операции, перинатальный консилиум должен учесть возможности региона, детально прописать порядок получения помощи (например, дать направление в федеральный центр).

Засл. врач РФ, проф. Елена Александровна Дегтярёва, президент ДИКБ №6, возразила, что обтекаемые формулировки заключений перинатального консилиума опасны для семьи недооценкой последствий. В этой связи необходимо разработать ясные критерии «отрицательных» решений для пренатального консилиума. Врач не должен рекомендовать прерывание, но сообщать о такой возможности следует, а также нужно простым и понятным женщине языком разъяснять прогноз для жизни, сообщать о риске и степени инвалидности, сроке дожития и т.д. Ценной может оказаться возможность пообщаться с другими семьями, где есть дети с аналогичными диагнозами, или со специалистами тематических благотворительных фондов.

Одна из проблем текущего закона — аборт возможен лишь при неблагоприятном прогнозе для жизни. В ситуациях, предполагающих рождение жизнеспособного ребёнка-инвалида, после 22-й недели гестации перинатальный консилиум отказывает в прерывании на этом основании, даже если семья не хочет пролонгировать беременность. В некоторых же случаях во время беременности сложно определить степень нарушения функций и детально прогнозировать реабилитационный потенциал ребёнка.

Проблема чрезвычайно контраверсионна во всём мире и больше относится к сфере этики, чем медицины. В РФ ситуация с возможностью прерывания гестации после 22 нед не проработана законодательно (существующее письмо Минздрава по этому поводу вышло в 2018 году, то есть уже недействитель-

но). Необходимо инициировать изменение приказа Минздрава с уточнением критериев прерывания по медицинским показаниям на поздних сроках.

Другим вариантом может стать создание региональных рекомендаций: так, в Красноярском крае впервые в России отработан собственный регламент. В соответствии с ним женщина может принять решение о прерывании после любого из трёх скринингов, подтвердивших диагноз. Если таковые не были выполнены до 22 нед, пациентку направляют в медико-генетический центр, где может быть получено заключение о возможности аборта по медицинским показаниям. На любом этапе можно привлечь к принятию решения родственников, а для решения вопроса о целесообразности внутриутробного вмешательства лечащий врач может собрать перинатальный консилиум. Если действия аку-

[ По закону №323-ФЗ законный представитель вправе отказаться от помощи, однако, пока ребёнок не родился, женщина не может распоряжаться его интересами, поскольку в РФ плод — не субъект права. ]

шера-гинеколога идут вразрез с локальными клиническими рекомендациями или решением перинатального консилиума, руководитель учреждения вправе поменять лечащего врача.

Следует упомянуть, что в ноябре 2021 года Минздрав РФ разослал в ЛПУ письмо №15-1/И/1-18597, один из пунктов которого гласит, что врач не должен предлагать прерывание беременности, а может только информировать о рисках и исходах. Эта рекомендация нелегитимна, поскольку противоречит федеральному закону. Е.А. Дегтярёва напомнила о ситуациях, когда уже после пренатального скрининга достоверно известно о наличии у плода заведомо летального порока (например, анэнцефалии), однако и в этих случаях родители иногда не хотят делать аборт. В таких случаях доктор обязан обсудить с женщиной прогноз, предложить ей прерывание и документально фиксировать суть беседы, а мать вправе подписать информированный отказ от вмешательства.

Во время обсуждения был поднят ещё один важный вопрос — можно ли в ходе пренатального консилиума присвоить будущему ребёнку паллиативный статус, вправе ли мать заранее отказаться от его реанимации? И.О. Печерей уточнил, что по закону №323-ФЗ законный представитель вправе отказаться от оказания помощи в любой момент, однако, пока ребёнок не появится на свет, женщина не может распоряжаться его интересами, поскольку плод — не субъект права. Вне зависимости от того, подписаны ли матерью документы в отношении отказа от реанимации, при наличии признаков жизни у новорождённого врач обязан выполнять реанимационные мероприятия. Даже если женщина требует их прекратить, включая письменные заявления, существует вероятность последующего иска в суд о том, что младенца не спасали. При этом следование решениям

родителей, даже верно задокументированным в присутствии юриста, не освобождает клинициста от ответственности за неисполнение федерального закона или клинических рекомендаций. Паллиативный статус может быть присвоен новорождённому только после выписки из роддома.



Фетальная хирургия в России — не новый, но пока малораспространённый вид помощи. К примеру, в стране всего четыре центра, где ежегодно выполняют операции на плоде по лечению *spina bifida*, тогда как таких детей, по статистике, должно рождаться около 2 тыс. Несомненно, развитию направления серьёзно мешают пробелы в законодательстве. Хочется надеяться, что по результатам состоявшегося обсуждения их со временем станет меньше. **SP**

Библиографию см. на с. 82–87.

# Чувствуя кожей

Междисциплинарные клинические ситуации в практике  
дерматовенеролога и акушера-гинеколога



**Автор:** Алексей Алексеевич Хрянин, докт. мед. наук, проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии НГМУ, президент Ассоциации акушеров-гинекологов и дерматовенерологов (Новосибирск)

В медицине нет лишних знаний, поскольку многие процессы в организме человека **взаимосвязаны** и нарушение в одном органе может стать причиной дисфункции других. В связи с этим любой врач должен иметь представление о заболеваниях, находящихся в ведении специалистов других медицинских направлений, методах их диагностики и лечения, а также помнить о важности **междисциплинарного взаимодействия**.

**Н**апример, дерматологические заболевания не относят к компетенции врача женской консультации. Однако на приём к акушеру-гинекологу могут также попасть пациентки с **кожными симптомами**. Такие проявления, особенно в области промежности, должны насторожить доктора и побудить его направить пациентку на консультацию и лечение к профильным специалистам. В качестве примера представляем клинический разбор нескольких междисциплинарных ситуаций из практики\*.

## Клинический пример 1

Пациентка А., 1991 года рождения, обратилась в медицинское учреждение с жалобами на значительное **увеличе-**

**ние в размерах** и **изменение консистенции** больших половых губ с переходом на промежность и перианальную область. Другие симптомы — боль, зуд, жжение, патологические выделения из влагалища — отсутствовали. Признаки появились около 4 лет назад и начались с набухания одной большой половой губы, постепенно процесс распространился на вторую. Значительное ухудшение женщина отметила после беременности и естественных родов в 2021 году.

Пациентку наблюдали и лечили акушеры-гинекологи, аллергологи/иммунологи, онкологи, эндокринологи — без положительной динамики. Согласно заключениям специалистов, они **не выявили** патологических состояний по своему профилю. В 2019 году выполнили биопсию, первоначально онколог предположил

## Красный плоский лишай

Это иммуноопосредованное воспалительное заболевание поражает кожу, ногти и слизистые оболочки. Этиология патологического состояния до сих пор не изучена, однако известны некоторые общепризнанные **триггерные факторы**, включая вирусные и бактериальные антигены, а также лекарственные средства и металлы. Предполагают, что красный плоский лишай связан с определёнными патологическими состояниями — аутоиммунными заболеваниями, злокачественными новообразованиями, стрессом и вирусными инфекциями, наиболее значимой из которых считают вирусный гепатит С.

\* Автор выражает благодарность врачам хирургам-колопроктологам О.Г. Соценко (г. Белгород) и А.Е. Дзениглевской (г. Северск) за предоставленные клинические ситуации из практики.



Рис. 1. Наружные половые органы пациентки А.: А — увеличение, отёк и гиперемия больших половых губ; Б — вид перианальной области, фиброзные изменения и отёк наружных геморроидальных узлов.

## Суппуративный гидраденит

Это хроническое воспалительное заболевание кожи чаще встречаются у женщин, особенно в период полового созревания и менопаузы. Другие названия заболевания — гнойный гидраденит (L73.2 по МКБ-10), инверсные акне, синдром фолликулярной окклюзии.

Клиническая картина заболевания представлена болезненными, глубоко расположенными узлами и абсцессами, свищевыми ходами и фиброзными рубцами. Участки излюбленной локализации — подмышечные впадины, инфрамаммарная область, паховые складки, ягодицы и область промежности. Диагноз устанавливают, основываясь на клинических признаках, включая критерии: типичную морфологию, локализацию поражений и рецидивирующее течение. Ранняя диагностика состояния приводит к своевременному назначению лечения в зависимости от стадии тяжести заболевания по классификации Херли (Hurley). Учитывая растущее количество пациентов с ослабленным иммунитетом (например, ВИЧ-инфицированных или с вирусными гепатитами) и многочисленные сообщения об инфицировании актиномицетами в этих условиях, актиномикоз можно рассматривать как оппортунистическую инфекцию.

Представленная клиническая ситуация демонстрирует прежде всего важность назначения адекватного лечения, соответствующего тяжести патологического состояния. Пациентке не рекомендовали биологическую таргетную терапию, которая была ей показана, а выполняли множественные хирургические иссечения и назначали короткие курсы антибактериальных препаратов. Это способствовало прогрессированию заболевания, развитию разветвлённых свищевых ходов, грубых рубцов, а также частому рецидивированию и значительному снижению качества жизни. Вероятно, вирусный гепатит С и актиномикоз — следствие множественных хирургических вмешательств.

Клиническая ситуация показывает важность бактериального посева с очагов поражений. Актиномицеты — редко встречающийся микроорганизм, который может значительно усугублять течение суппуративного гидраденита. Несмотря на противоречивые данные об участии бактериальных агентов в патогенезе заболевания, выявление и элиминация сопутствующей бактериальной биоты может значительно повысить шансы на успешную и эффективную терапию, а также на достижение длительной ремиссии, поскольку будет подобрано соответствующее антибактериальное лечение, которое должно предшествовать или назначаться параллельно с биологическими препаратами.

диагноз «гигантские кондиломы Бушке—Левенштейна (?)», однако гистологически диагноз не подтвердили.

Осенью 2022 года выполнили повторную биопсию. Гистология опять не дала внятного результата. Заключение: фиброэпителиальный полип кожи в виде фиброзного стромального стержня и гиперплазированного многослойного плоского ороговевающего эпителия без атипии. Воспалительная инфильтрация отсутствует.

Пациентка нормального телосложения. Температура тела нормальная, нарушений стула и мочеиспускания нет.

Клиническая картина. Большие половые губы значительно увеличены, отёчны, незначительно гиперемированы и пигментированы. Схожая картина и в области промежности, перианальной кожи, с вовлечением наружных геморроидальных узлов, в области которых определяются фиброзные изменения и отёк (рис. 1, А, Б). Пальпация безболезненна.

Консультация проктолога. *Per rectum*: без особенностей. Аноскопия: исследование безболезненное. Слизистая оболочка не изменена. На «3, 7, 11 часах» — незначительно увеличенные внутренние геморроидальные узлы в спавшемся состоянии.

Консультация дерматовенеролога. Рекомендована повторная биопсия (с наиболее изменённой и возвышенной локализацией), а также лабораторное обследование для исключения инсулинорезистентности. По результату повторной биопсии (в январе 2023 года) установили диагноз: гипертрофическая форма красного плоского лишая. Лабораторное обследование подтвердило инсулинорезистентность у пациентки. Рекомендована терапия.

## Клинический пример 2

Пациентка Б., 1978 года рождения, госпитализирована в хирургическое отделение 14 декабря 2022 года с жалобами на гнойное отделяемое, покраснение, отёк образований в подмышечных областях, промежностной области, на левой молочной железе (рис. 2, А—В).

Пациентка страдает гнойным гидраденитом с 2005 года, когда впервые вы-



Рис. 2. Внешний вид кожи пациентки Б.: А — область промежности; Б — правая подмышечная область; В — левая молочная железа.

ставили этот диагноз, отмечает частые рецидивы заболевания. Неоднократно производили вскрытие и дренирование абсцессов в подмышечных, паховой и перианальной областях. Женщине назначали различные группы антибактериальных препаратов с временным клиническим улучшением.

Туберкулёз отрицает. С 2016 года — вирусный гепатит С, неактивная фаза. Наследственный и аллергологический анамнез не отягощён.



Рис. 3. Вскрытие и дренирование абсцессов промежности.

[ Кожные симптомы, особенно в области промежности и перианальной зоне, должны насторожить акушера-гинеколога и побудить его направить пациентку на консультацию и лечение к профильным специалистам. ]

С 2017 года неоднократно выполняли бактериальные посевы из ран.

- 15.12.2017 — метициллинрезистентный эпидермальный стафилококк (methicillin-resistant *Staphylococcus epidermidis*, MRSE)  $10^4$ , *Streptococcus spp.*  $10^4$ .
- 21.12.2017 — актиномицеты не обнаружены.
- 29.12.2017 — *Staphylococcus spp.* коагулазонегативный  $10^3$ , *Enterococcus faecalis*  $10^3$ .
- 12.01.2018 — *Staphylococcus epidermidis*  $10^2$ , *Escherichia coli* (Extended Spectrum  $\beta$ -Lactamases, ESBL+)  $10^2$  (вырабатывает  $\beta$ -лактамазы расширенного спектра действия).
- 16.02.2018 — *E. coli* ESBL+ (вырабатывает  $\beta$ -лактамазы расширенного спектра действия)  $10^7$ , коагулазонегативный MRSE  $10^7$ .
- 26.02.2018 — *E. faecalis*  $10^5$ .
- 19.03.2018 — *Klebsiella pneumoniae*  $10^6$ , *Peptostreptococcus spp.*
- 08.07.2019 — *Acinetobacter baumannii*  $10^4$ , *St. aureus*  $10^2$ .

На момент настоящей госпитализации произошёл очередной рецидив, распространение процесса. 14 декабря 2022 года выполнили широкое вскры-

тие, иссечение рубцовых деформаций, дренирование (рис. 3).

Лабораторные исследования. При анализе раневого отделяемого на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам 22 декабря 2022 года обнаружены: *Actinomyces turicensis*, *Peptostreptococcus spp.* Поскольку для выделенных микроорганизмов отсутствуют критерии интерпретации чувствительности, рекомендовано назначить эмпирическое лечение. Рост микрофлоры: обнаружено.

Исследование на ВИЧ-инфекцию — АГ/АТ ВИЧ-1/2 не выявлено; на сифилис — реакция микропреципитации отрицательная; на вирусные гепатиты — HBsAg не выявлено, АТ ВГС М+С выявлено.

Диагноз. Суппуративный гидраденит, осложнённый актиномикозом. Вирусный гепатит С.



Представленные клинические ситуации помогут практикующему специалисту в вопросах диагностики и лечения заболеваний кожи в области промежности и перианальной зоне. Возможно, признание собственных ограничений и знание того, когда следует проконсультироваться с коллегами, часто становится ключом к предоставлению пациентке высоких шансов на восстановление с наилучшими результатами. **SP**

# УКОРИЗНЕННЫЕ ЦИФРЫ

## ВСПЫШКИ КОРИ В РОССИИ



2022

По данным ВОЗ, за весь 2022 год в России было зарегистрировано **102** больных корью.\*

2023

С начала 2023 года эта цифра **уже превышена** в одной только Новосибирской области.

РОСПОТРЕБНАДЗОР

Роспотребнадзор зафиксировал **вспышки заболевания** в Московской, Ленинградской, Самарской областях, Краснодарском, Алтайском краях, Башкортостане и других субъектах РФ\*\*.



### ЧТО ПРОИСХОДИТ?

- 1 Коронавирусная пандемия по всему миру сорвала вакцинацию от других заболеваний.
- 2 Движение **антипрививочников** ведёт к массовому отказу родителей от вакцинации детей.
- 3 Постпандемическое открытие границ ведёт к **«завозу»** кори из стран с плохой эпидемиологической ситуацией.

### КТО В ЗОНЕ ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ?



Дети до 5 лет



Беременные



Люди старше 60 лет

### ПОСЛЕДСТВИЯ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ КОРИ



Пневмония, ларингит, ларинготрахеит, отит



Репродуктивные потери, пороки развития плода, пневмония матери и/или новорождённого



Менингоэнцефалит, полиневрит

### ВАКЦИНАЦИЯ КАК ВЫХОД



моложе **35 лет**

Взрослым вакцинация рекомендована в Национальном календаре профилактических прививок.

**36–55 лет**

«Обновить» прививку лицам из групп риска: медработникам, педагогам, сотрудникам организаций торговли, транспорта и др.

### РЕПРОДУКЦИЯ VS КОРЬ

- ✓ В рамках прегравидарной подготовки рекомендована иммунизация минимум за 1 мес до предполагаемого зачатия. Ранее не привитым и не болевшим женщинам.
- ✓ Вместо вакцинации возможно внутривенное введение иммуноглобулина в течение последующих 3 сут. В случае контакта с больным.



- ✓ Вакцинация от кори в период гестации не показана.
- ✓ Если в момент вакцинации пациентка не знала о беременности, показаний для прерывания гестации нет.
- ✓ После родов и в период лактации иммунизация допустима без отказа от грудного вскармливания.

**Вывод:** Единственный метод остановить корь — своевременная **профилактическая прививка**. 3 апреля 2023 года в России стартует национальная программа **«подчищающей иммунизации»** — вакцинация рекомендована ранее не привитым и не болевшим корью, а также привитым однократно детям и взрослым\*\*\*.

\* Ежемесячные обновлённые данные по кори и краснухе Европейского региона ВОЗ (январь 2023 г.).

URL: <https://www.who.int/europe/ru/publications/m/item/measles-and-rubella-monthly-update---who-european-region---january-2023>

\*\* Невинная И. Вакцинация мигрантов и «подчищающие» инъекции. В России усилят меры по борьбе с распространением кори // Российская газета. 2023. 13 марта. URL: <https://rg.ru/2023/03/13/kor-ne-otstupaet.html>.

\*\*\* Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 8 февраля 2023 г. № 1 «О проведении подчищающей иммунизации против кори на территории РФ». URL: <https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1612694/>.