

StatusPraesens

гинекология акушерства бесплодный брак

#3 [106] 06 / 2024 / StatusPraesens

тема
№

Меж- дисциплинар- ность — ультимативное требование времени

Современный взгляд на иммуностарение • Информирование пациенток об экстренной контрацепции: что и кому рассказывать? • Мужская репродукция — как уйти от традиционной недооценки • Психологические аспекты отказа от прегравидарной подготовки • Поликистозные яичники — междисциплинарное внимание! • Перспективы перинатального консилиума • Диагностика преждевременных родов: принципы рациональной экономики





Уважаемые коллеги!

Наша страна переживает **демографически сложный**, исторически ответственный период своего развития — популяция россиян характеризуется **отрицательным естественным приростом** и **постарением населения**, количественным и качественным снижением репродуктивного потенциала. Именно поэтому особое значение приобретают проблемы **охраны и укрепления здоровья** пациенток всех возрастных групп и повышения качества их жизни. В Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2023—2030 годы, утверждённой правительством РФ в 2022 году, перечислены ключевые задачи, **направленные на развитие программ** профилактики и раннего выявления заболеваний, коррекции нарушений репродуктивного здоровья, повышения приверженности здоровому образу жизни, активного долголетия и др.

Решить эти задачи возможно только на основе межведомственного взаимодействия. **В зоне ответственности** акушеров-гинекологов — создавать профилактическую среду, выявлять на ранних этапах факторы риска и болезни женской репродуктивной системы, осуществлять **системный мониторинг** репродуктивного здоровья и **формировать установки**, ориентированные на рождение детей, начиная с периода детства. Прогрессивные врачи также должны участвовать во **внедрении цивилизованных вариантов скрининга** на гинекологические раки и в создании реестров, позволяющих выполнять **персонализированный контроль** пациенток.

Сегодня в наших руках есть инструменты, позволяющие реализовывать поставленные задачи. Прежде всего это **клинические рекомендации**, разработанные и утверждённые профессиональными сообществами, легитимность которых определена федеральными законами, приказами и методическими рекомендациями Минздрава РФ («Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения» и др.).

Коллеги! В своей повседневной клинической практике мы должны **осознавать меру ответственности** за выполнение поставленных задач и понимать, что от нашей **инициативы и активности** на местах, от нашего уровня профессиональных компетенций во многом зависит репродуктивное завтра России. Желаю всем успехов в непростой, но очень важной работе!

Главный внештатный специалист по акушерству, гинекологии и репродуктивному здоровью женщин Минздрава РФ в Дальневосточном федеральном округе, зав. кафедрой акушерства и гинекологии факультета ДПО ЧГМА, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф. **Т.Е. Белокрыницкая**

status

гинекология акушерство

#3 [106] 06 / 2024 / 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@lily.ru)
Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов
Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская
Заместитель редакционного директора по науке: канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов
Ответственные секретари редакции: Полина Геннадьевна Плешкова, Валентина Андреевна Тихонова
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 Раевская, Сергей Дьяконов, Виктория Москвичёва, Ольга Быкова, Анна Жукова, Мила Мартынова, Никита Катаев
Препресс-директор: Нелли Демкова
Художественный директор: Лина Тавдугмадзе
Арт-директор: Латип Латипов
Руководитель группы вёрстки: Юлия Кучоткина
Выпускающие редакторы: Марина Осипова, Александра Лагодина
Инфографика и дизайн: Вадим Ильин, Елена Шибеева, Ирина Великанова, Ирина Климова, Анна Ильина
Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская
Руководитель отдела продаж: Галина Нестерова (gn@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 — 28 июня 2024 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, (Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №28886. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Латип Латипов. Иллюстрация на обложке: © Gerasimov174 / Коллекция/Stock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock.

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

raeSen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Рагзинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Андреева Маргарита Дарчоевна (Краснодар)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
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)
Виноградова Ольга Павловна (Пенза)
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)
Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Конопляников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Кулешов Виталий Михайлович (Тюмень)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Куценко Ирина Георгиевна (Томск)
Лебедеженко Елизавета Юрьевна (Ростов-на-Дону)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)

Мингалёва Наталья Вячеславовна (Краснодар)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пашов Александр Иванович (Калининград)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)
Попандопуло Виктория Александровна (Майкоп)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)
Салов Игорь Аркадьевич (Саратов)
Самойлова Алла Владимировна (Москва)
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семёнов Юрий Алексеевич (Челябинск)
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)
Юпатов Евгений Юрьевич (Казань)

statusPra

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

Синергия возможностей

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о консолидации врачебного сообщества как необходимом условии
совершенствования отечественного здравоохранения

12

НОВОСТИ

15

МЕДПОЛИТ



Перинатальный консилиум. Московский ресурс

Перинатальный консилиум в Москве — достижения и проблемы
Оленев А.С.

Один человек не может обладать знаниями обо всех лечебных методах при пороках развития плода. Эту проблему необходимо обсуждать в рамках перинатального консилиума — важнейшего мультидисциплинарного инструмента, объединяющего специалистов функциональной диагностики, генетиков, неонатологов, хирургов, акушеров-гинекологов, психологов и юристов.

23

ИНФОРМАЦИОННОЕ
ОПЫЛЕНИЕ

Бездетность ради комфорта?

Боязнь срыва комфорта как одна из мировых причин снижения
рождаемости

Маклецова С.А., Радзинский В.Е.

Нам очень дороги комфорт и спокойствие, которые стали привычны и настолько вошли в основы образа жизни, что необходимость «преодоления трудностей» вызывает протест или как минимум тихий саботаж. Падение детности во всём мире — прямое следствие этого большого трансформационного процесса. Современные женщины просто не хотят «срыва комфорта» — как и весь мир, который уже успел привыкнуть к совершенно новому уровню достатка, удобства и лени, чего уж греха таить.

31

ПЕХТ-ПРОСВЕТ



В смежном кабинете

Репродуктивное здоровье будущих отцов

Дьяконов С.А., Попова А.Ю.

Для зачатия нужны двое. Несмотря на всеобщее понимание этого тезиса, вопрос о мужской фертильности обычно возникает после продолжительных неудачных попыток зачатия. Большинство пациентов с мужским бесплодием узнают о своём диагнозе при обращении к специалистам в сфере вспомогательных репродуктивных технологий, когда спермограмма обязательна.

39

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Ах, если б только знать...

Экстренная контрацепция: что нужно знать женщинам?

Аганезова Н.В., Катаев Н.А.

Существует множество эффективных и безопасных методов контрацепции, в числе которых особое — и весьма важное! — место принадлежит средствам экстренной контрацепции. К сожалению, многие женщины, которым этот метод предупреждения беременности мог бы пригодиться, знают о нём достаточно мало либо владеют искажённой информацией.

45

CONTRA-VERSION



50

Иммунитет на пенсии

Иммунные лайфхаки антивозрастной гинекологии

Оразов М.Р., Мартынова М.А.

Люди пожилого возраста более подвержены заражению инфекционными заболеваниями и значительно тяжелее их переносят. К тому же в преклонных годах намного активнее «расцветают» такие хронические заболевания, как рак, сахарный диабет, ожирение. Во многом за это ответственны именно дисфункции иммунитета с персистированием хронического воспаления.

Причины массового небрежения

Психология прегравидарной подготовки и причины отказа от неё

Добряков И.В.

В той или иной форме прегравидарную подготовку проходят около 9% женщин. Пока у населения не сформирована привычка посещать врача с предиктивной целью, не стоит ожидать и повышения охватов преемственных мероприятий. Именно поэтому вопрос «Хотели бы вы забеременеть в следующем году?» должен быть задан каждой пациентке репродуктивного возраста.

59

ДИСКУССИОННЫЙ
КЛУБ



Несчастье помогло

Цервикометрия — надёжный метод диагностики преждевременных родов

Князев С.А., Фаткуллина Л.С., Маромедбекова З.А., Андреева А.Д.

Связка в действующих КР из диагностических, организационных и финансовых составляющих делает алгоритм «провести тест и при отрицательном результате не госпитализировать пациентку» не просто невыгодным мероприятием, а убыточным. Можно ли обойтись менее дорогостоящей схемой без риска быть привлечённым к ответственности толкователями протоколов?

65 BACK-UP

Маскулинность поневоле

Коррекция гиперандрогении у пациенток с синдромом поликистозных яичников

Шестакова И.Г.

Ведущие проявления гиперандрогении, затрагивающие кожу и её придатки, — это так называемая гиперандрогенная дермопатия: чрезмерный рост волос на лице и теле в областях, свойственных мужчинам, себорея, акне и выпадение волос на голове. Согласно многочисленным исследованиям, самая частая причина гиперандрогении — синдром поликистозных яичников.

71 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

Невосполнимые потери

Материнская смертность после ЭКО: острая проблема здравоохранения

Филиппов О.С., Гусева Е.В., Павлов К.Д.

Снижение материнской смертности — одно из приоритетных направлений развития здравоохранения. Этот показатель напрямую связан с материнской заболеваемостью. При использовании вспомогательных репродуктивных технологий увеличение доли осложнений и летальности ассоциировано с состоянием здоровья и возрастом матери, а также с ятрогенными вмешательствами.

75 КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Коротко и ясно

Дайджест клинических рекомендаций «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»

Раевская О.А.

Более полувека назад в клиническую практику была внедрена иммунопрофилактика гемолитической болезни плода и новорождённого, что существенно снизило частоту тяжёлых форм этого состояния. Однако, несмотря на регламентированный в нормативных документах алгоритм действий, до сих пор существует проблема резус-сенсibilизации, в том числе и в РФ.

79 CASUISTICA

Стоит ли игра свеч?

Опыт экстракорпоральной мембранной оксигенации беременным с COVID-19

Кукарская И.И., Лералова Т.В., Швечкова М.В., Марченко Р.Н., Швечкова А.С.

Пандемия COVID-19 представляет не только медицинскую, но и социальную проблему, особенно когда речь заходит о здоровье и жизни матери и плода. При неэффективности стандартных методов интенсивной терапии и ИВЛ, когда поражена значительная часть лёгочной паренхимы, ЭКМО выступает в качестве дополнительного инструмента, дающего шанс на выживание.

86 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

синергия ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о консолидации врачебного сообщества как необходимом условии
совершенствования отечественного здравоохранения



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

В сентябре 2013 года был утверждён устав **Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины** (МАРС), проект которого предварительно вынесли на обсуждение в рамках программы VI Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». С тех пор и по сей день **ядро** организации представляют акушеры-гинекологи. Однако **идеологически** и **практически** она не могла бы существовать без представителей **других специальностей**.

Проекты Ассоциации МАРС наглядно демонстрируют эффект **синергии** — объединённое действие существенно превосходит влияние каждого отдельно взятого компонента и их простой суммы. Необходимо признать, что сегодня такой формат «существования» — не просто пожелание альтруистов и энтузиастов в профессии, готовых принимать непосредственное участие в исследованиях и разработке протоколов. Умение **работать в команде**, слушать и слышать коллег **смежных специальностей**, а также выстраивать общую лечебно-диагностическую стратегию и реализовывать **предиктивный подход** с учётом мультимодальных факторов риска — **ультимативное требование времени**.

Самое очевидное и частое проявление междисциплинарного взаимовыгодного обмена знаниями и опытом — оказание помощи пациенткам с **гормонально детерминированными заболеваниями**. Общемировой тренд — обучение всех без исключения акушеров-гинекологов методам диагностики и коррекции эндокринных нарушений, лежащих в основе большинства репродуктивных проблем. Некоторое время мы шли противоположным курсом: пытались вычленивать якобы неэндокринные патологические состояния и направлять пациентку на консульта-

[Реализованные проекты Ассоциации МАРС наглядно демонстрируют эффект синергии — объединённое действие существенно превосходит влияние каждого отдельно взятого компонента и их простой суммы.]

[Выделение специальности «гинеколог-эндокринолог» нелогично. Если акушер-гинеколог не обладает знаниями в области эндокринной гинекологии, он не сможет помочь 70% своих потенциальных пациенток.]

цию эндокринолога в каких-то особых случаях, отобранных **интуитивным**, а не научным образом. Сегодня так сделать уже не получится.

С практической и организационной точки зрения выделение отдельной специальности «гинеколог-эндокринолог» нелогично. Если врач женской консультации не обладает знаниями в области эндокринной гинекологии, он **не сможет помочь 70%** своих потенциальных пациенток. Понимание этой проблемы нашло отражение в принятых стандартах и протоколах. Так, при **синдроме поликистозных яичников** коррекцию гиперандрогении осуществляет акушер-гинеколог, назначая гормональную контрацепцию или антиандрогены. В то же время медикаментозное лечение инсулинорезистентности — зона ответственности эндокринологов. Нередко этот альянс дополняют и другие специалисты — дерматовенерологи, кардиологи, психологи и репродуктологи.



Гормональные препараты — важнейшие инструменты нашей работы. Как и любые лекарственные средства, они должны быть назначены при наличии соответствующих показаний и никоим образом — «на всякий случай». К сожалению, до сих пор встречаются **крены**, причём в обе стороны: и перестраховочная полипрагазмия, и гормонофобия.

Одна из самых недоиспользуемых лекарственных групп — препараты **экстренной контрацепции**. О том, как они работают, пациентки практически не знают — в частности потому, что врачи не спешат рассказать об этом методе защиты от нежеланной беременности. Потенциальные пользовательницы, проявив интерес, обращаются с соответствующим запросом к различным интернет-ресурсам, которые часто содержат противоречивые, а порой **ложные данные**. Не разобравшись в вопросе или испугавшись «грозных

последствий», женщина, не желающая сохранять гестацию, отклоняет идею воспользоваться посткоитальной контрацепцией. Со всеми вытекающими из этого последствиями... Наша недоделка!



И всё же в течение последних десятилетий мы достигли успехов в борьбе с гормонофобией, по крайней мере во врачебном сообществе. Так, всё больше докторов рекомендуют МГТ нуждающимся в ней женщинам. Игнорировать её преимущества попросту стало невозможно. Значимое повышение качества жизни и предупреждение отдалённых осложнений эстрогенодефицита **доказаны** многочисленными исследованиями и метаанализами.

Мы живём в эпоху увеличения продолжительности жизни и «взросления» человеческой популяции — и это означает увеличение доли пациенток постменопаузального возраста на приёме у акушера-гинеколога. Причём его **антиэйджинг-возможности** не ограничены одной лишь МГТ. В этом смогли убедиться участники **Большого конференц-марафона «Anti-ageing — новое целеполагание в медицине»**, прошедшего в мае.

В глобальном смысле суть антиэйджинга — это не «косметический ремонт фасада» и не «омоложение» (что абсолютно невозможно), а **стратегическое планирование всех аспектов жизни** — питания, физической и ментальной активности, репродуктивного поведения, режима труда и отдыха, сна и бодрствования. Именно поэтому в научной

программе мероприятия было уделено внимание самым **разным медицинским направлениям**: акушерству и гинекологии, эндокринологии, кардиологии, неврологии, гастроэнтерологии, реабилитологии, генетике, психологии, биохимии и др. Один из самых наглядных примеров безальтернативности междисциплинарного взаимодействия!

Помимо конгресса по антиэйджингу, в рамках Большого конференц-марафона состоялись прогресс-конференция «Эстетическая гинекология и перинеология: баланс красоты и функциональности», а также два форума — «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» и «Медицина молочной железы». О том, как это было, читайте в текущем выпуске SP. Рассказать обо всём, чем жил конгресс три майских дня, в одном пост-релизе невозможно. Самые интересные доклады, вызвавшие **оживлённые дискуссии**, осветим и проанализируем в будущих публикациях (непреренно с комментариями экспертов и делегатов).



В качестве привлекательной мишени anti-ageing-мероприятий можно рассматривать **иммунитет**. С годами практически все популяции иммунных клеток претерпевают изменения. Этим обусловлен повышенный риск инфекционных, аутоиммунных и онкологических заболеваний, характерный для пожилых людей. Кроме того, старческие недуги сами по себе стимулируют дисфункции иммунитета.

Влияние возраста на иммунную систему некоторые зарубежные коллеги сравнивают с патогенезом ВИЧ-инфекции. Основной удар старения, как и ретровируса, приходится на механизмы **приобретённого иммунитета**, тогда как врождённый в целом сохраняет работоспособность. В обеих ситуациях большое клиническое значение приобретает хроническое воспаление. У пожилых пациентов оно получило самостоятель-

[Гормональные препараты — важнейшие инструменты нашей работы. Как и любые лекарственные средства, они должны быть назначены при наличии показаний и никоим образом — «на всякий случай».]

ную терминологическую единицу — инфламмейджинг (inflammageing).

Основанное на принципах доказательной медицины изучение факторов, вызывающих и усиливающих нарушение функций иммунцитов, необходимо для разработки новых методов лечения **ВОЗ-раст-ассоциированных** патологических состояний, их профилактики и, возможно в далёком будущем, даже предикции.



Исследования иммунологов в разрезе антиэйджинга — важнейший задел на будущее. В текущий момент актуальна и ценна непосредственно с практической точки зрения возможность **иммунопрофилактики гемолитической болезни** плода и новорождённого (ГБПН). Уже более полувека нам доступен эффективный метод предупреждения этого осложнения. Но пока, к сожалению, оно до сих пор встречается, в том числе в тяжёлых формах.

Обязательные профилактические мероприятия «спотыкаются» о «человеческий фактор», а сами резус-отрицательные женщины недопонимают важность планирования беременности и пренебрегают мерами **«иммунной безопасности»** своих будущих детей. В текущем выпуске вы можете ознакомиться с дайджестом клинических рекомендаций по ГБПН. Как и другие сокращённые версии протоколов, он доступен в приложении SPNavigator.



Казалось бы, не так много общих пересечений у нас с **урологами**, которые оказывают помощь преимущественно мужскому населению. Но действительность диктует свои правила, и в 2024 году у нас появился единый регламентирующий документ. Речь идёт о **методических рекомендациях** по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью **оценки репродуктивного здоровья**.

Составители документа отмечают, что основная цель обследования — «инициация беременности». Кроме того, в нём чётко прописан чрезвычайно важный тезис: и наступление гестации, и её исход зависит «не только от здоровья женщины, но и **в равной степени**



© Kaldanova_Arina / Коллекция/5stock

[Составители методических рекомендаций отмечают: и наступление гестации, и её исход зависит не только от здоровья женщины, но и в равной степени от репродуктивного здоровья будущего отца.]

от репродуктивного здоровья **будущего отца**. Аналогичный постулат представлен в клиническом протоколе МАРС «Прегравидарная подготовка», который выдержал уже три издания и хорошо известен подавляющему большинству российских акушеров-гинекологов.



Какими бы правильными и логично составленными ни были протоколы и стандарты, главное — их **выполнение**. Внимание на здоровье партнёра пациентки обращают лишь тогда, когда все лечебно-диагностические мероприятия, ориентированные на женщину, исчерпаны. Более того, несмотря на существующий клинический протокол и упоминание прегравидарной подготовки в рекомен-

дациях «Нормальная беременность», **только 4%** будущих матерей выполняют примерно одинаковый адекватный набор преконцепционных мероприятий. К ним можно добавить ещё 5% обследованных после репродуктивных неудач.

Почему пары не готовятся к деторождению? Поиск ответа на этот вопрос имеет принципиальное значение для практического здравоохранения. Один из аспектов — психологический — подробно освещён в статье текущего выпуска **«Причины массового небрежения»**. Однако личностные особенности и нюансы взаимоотношений — далеко не все барьеры, препятствующие осознанному родительству. Многогранность проблемы очевидна, но конкретные факторы, обуславливающие отказ от прегравидарной подготовки, пока ещё не изучены

должным образом. Возможно, скоро ситуация изменится, и у нас появятся данные, которые позволят приоткрыть завесу и даже **наметить пути решения**. Активная работа в этом направлении уже идёт. Следите за нашими новостями.



Даже с учётом низкого охвата прегравидарной подготовкой загруженность акушеров-гинекологов зашкаливает. Тем не менее это именно то направление, на которое ресурс должен быть всегда. Лучше всего это понимают врачи, принимающие участие в **перинатальных консилиумах**.

Помощь беременным с диагностированными заболеваниями плода — задача несоизмеримой сложности. Номенклатура и порядок всех необходимых действий просто отсутствуют, и врачи должны каждый раз **импровизировать** в решении непростых вопросов, которых великое множество. Кто, как и когда должен информировать женщину и её близких о дальнейших вариантах развития событий, какие мероприятия и в какой последовательности необходимо выполнить в той или иной ситуации... И это лишь верхушка айсберга.

[Для консолидации врачебного сообщества крайне важно не игнорировать сложные и потенциально конфликтные темы. Напротив, нужно выносить их на конструктивное обсуждение и искать компромисс.]

Количество пороков, выявляемых в антенатальном периоде, растёт, что обусловлено совершенствованием диагностических подходов. Вместе с тем увеличиваются возможности их коррекции, в том числе внутриутробной. То, что раньше можно было лишь констатировать, теперь **удаётся лечить**.

При этом один человек не в состоянии обладать объёмом знаний обо всех доступных вариантах помощи. Именно для этого и созывают перинатальный консилиум — важнейший **мультидисциплинарный инструмент**, объединяющий акушеров-гинекологов, специалистов функциональной диагностики, генетиков, неонатологов, детских хирургов, психологов и юристов. Столичные кол-

леги поделились с SP своими наработками в этой области. Передача собственного уникального опыта помогает преодолевать схожие проблемы другим врачам и позволяет правильно расставлять акценты при консультировании беременных с диагностированными заболеваниями плода.



Ещё одна непростая и именно поэтому требующая освещения тема — **материнская смертность**. Этот **интегральный показатель** отражает репродуктивное здоровье населения. В развитом обществе медицина располагает не только специальными знаниями, но и доступными ресурсами, позволяющими предупредить значимую долю гибели беременных, рожениц и родильниц.

Главная биологическая функция женщины — репродукция. Это не оспаривает ни одна религия, ни одна философская школа. Воспроизводить себе подобных предназначено женщине природой, и от успешности этой функции зависит существование государства, общества и земной популяции в целом. Именно поэтому глобальное предна-

значение акушерства — не допускать материнской смертности. год объявлен указом президента **Годом семьи**. Целая национальная стратегия направлена на преодоление двух сложностей: россиянки редко хотят **рожать больше одного ребёнка** и стараются делать это уже **после 30 лет**.

Каковы бы ни были результаты этой программы, нужно реалистично воспринимать окружающую действительность и отвечать вызовам современности. В частности, снижение детности во всём мире — прямое следствие большого трансформационного процесса. Одна из очевидных причин — **нежелание утрачивать комфорт**.

Ребёнок неминуемо переворачивает привычный образ жизни, подчиняет себе весь распорядок дня, сводит почти к нулю возможности реализовывать личные желания, не связанные непосредственно с ним. К этому не готовы женщины **наиболее фертильного возраста**. В прерогативе у них образование, карьера, материальный достаток. И только после — мысли о материнстве.

Изменить сложившуюся непростую ситуацию может общественное одобрение деторождения и многодетности, а также мода на родительство **в сочетании** с мерами реальной финансовой поддержки. Для этого, очевидно, понадобится большой фронт работ и некоторое время. Однако упомянутые задачи выходят за рамки полномочий врачебного сообщества. Нам же пока приходится иметь дело с последствиями **эколого-репродуктивного диссонанса**, справиться с которыми в одиночку бывает просто невозможно.



Для консолидации врачебного сообщества крайне важно **не игнорировать сложные** и потенциально **конфликтные темы**. Напротив, нужно выносить их на конструктивное обсуждение, искать компромисс, поддерживать научные и практические связи между участниками, то есть строить мосты, а не стены. Это единственный путь **совершенствования отечественного здравоохранения** и повышения качества медицинской помощи, в том числе непосредственно акушерско-гинекологической. **SP**

Демографические показатели — предмет особой заботы и большой ответственности руководителей любого государства. В нашей стране текущий

StatusPraesens

Мед
полит

Для библиографических ссылок

• Оленев А.С. Перинатальный консилиум в Москве — гостижения и проблемы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №3 (106). — С. 15—20.

перинатальный консилиум. МОСКОВСКИЙ ресурс

Перинатальный консилиум в Москве — достижения и проблемы

Слово главного редактора. Тема, поднятая в этой статье, не просто о проблеме, она о целом клубке проблем, связанных с репродуктивным выбором при пороках развития плода. Кто, как и когда должен информировать беременную о дальнейших вариантах развития событий, какой порядок действий следует предпринять в той или иной ситуации, как правильно получить согласие на фетальное хирургическое вмешательство или фетоцид — этот перечень лишь верхушка айсберга. Ситуация усугубляется ещё и тем, что номенклатура и порядок всех необходимых действий просто отсутствуют, и врачи должны каждый раз импровизировать в решении непростых вопросов. Ещё одна вовлечённая в проблему сторона — пациенты, репродуктивные права которых упомянуты вскользь в Конституции, но отдельный закон о них до сих пор не принят. Единственное, что остаётся в этой непростой ситуации, — взаимовыручка и передача собственного опыта всем нуждающимся в нём. А таких на просторах нашей необъятной страны немало. Надеемся, что наработка московских коллег поможет преодолевать схожие проблемы врачам в регионах и позволит правильно расставить акценты в решении непростого вопроса помощи беременным с диагностированными заболеваниями плода.



Автор: Антон Сергеевич Оленев, докт. мед. наук, главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения г. Москвы, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ №31 им. Г.М. Савельевой, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН (Москва)

В современном общественном сознании предстоящее рождение ребёнка ассоциируется с радостью, счастьем, если и хлопотами, то, безусловно, приятными. Желанную беременность трепетно, иногда даже с излишком берегут, стараясь минимизировать риски для здоровья будущего ребёнка. В подавляющем большинстве случаев ожидание будет оправдано, и наградой родителям станет долгожданный здоровый малыш.

Но такая идиллия бывает не всегда. Некоторым родителям выпадает иной жребий — во время очередного скрининга они узнают страшную информацию: их ещё не рождённый ребёнок серьёзно болен, и его здоровье, а иногда и сама жизнь — под большим вопросом. Шок, гнев, страх — калейдоскоп из семи кругов ада, через которые должны пройти родители. Можно ли помочь им в этой ситуации и как это сделать?

В наследство от XX века нам достался радикальный вариант решения проблемы неудачной беременности — её **прерывание по медицинским показаниям**. Однако что можно считать показанием, а что нельзя, кто и когда вправе принимать такое решение — ответы на эти вопросы сильно отличаются в разных странах.

Разность взглядов

В современных цивилизованных странах прерывание беременности рассматривается в контексте прав человека. Есть страны, такие как Ирландия, которые после полного запрета прерывания беременности постепенно пришли к его легализации. Также есть обратная

тенденция, например Польша, где было невозможно прервать нежеланную беременность без медицинских на то показаний. Последние решения Конституционного суда перестали быть основанием для операции. В США с 1973 по 2022 год на федеральном уровне существовало конституционное право женщины на прерывание беременности, но теперь в ряде штатов оно существенно скорректировано, вплоть до полной отмены: в штатах Юта и Арканзас нельзя прервать беременность после 18 нед, в Миссури — после 8 нед, даже в случаях инцеста или изнасилования, в Луизиане — после обнаружения сердцебиения плода, а в Алабаме прерывание гестации невозможно ни при каких обстоятельствах¹. Однако в большинстве стран законы более **либеральны**, особенно если развивающаяся беременность может закончиться гибелью женщины или ребёнка.

[Количество (и варианты) выявляемых антенатально пороков развития растёт и будет расти, поскольку методы внутриутробной диагностики постоянно совершенствуются и появляются новые.]

Определение **медицинских показаний** для прерывания беременности может быть возложено как на одного, так и на нескольких врачей. В Англии и Шотландии такое решение принимается двумя специалистами, за исключением случаев, когда беременность непосредственно несёт угрозу жизни или здоровью женщины. В этом случае достаточно **единственного мнения**. В Северной Ирландии один врач вправе принять решение при сроке беременности менее 12 нед, в остальных случаях необходимо заключение **второго специалиста**. В Бельгии всё определяет **консилиум**, причём родители в нём участия не принимают, а на основании данных медицинской документации выносят заключение о признании права на паллиативную помощь для ребёнка либо на прерывание беременности по медицинским или социальным показаниям.

Конечно, прервать беременность при выявленных пороках развития плода — самое простое решение, но насколько часто оно будет обоснованным?

Изменчивый мир

Ответить на этот вопрос не всегда возможно, поскольку правильное решение **не константа**, а **переменная**, зависящая сразу от нескольких обстоятельств. То, что было правильным вчера, может стать ложным завтра.

Если изменчивость — движущая сила эволюции, то изменение подхода к прерыванию беременности по медицинским показаниям — её следствие.

Количество (и варианты) выявляемых антенатально пороков развития растёт и будет расти, поскольку **методы диагностики совершенствуются** и появляются новые: к ультразвуковому исследованию добавилась генетическая диагностика, и вряд ли наука на этом остановится. Так что же, частота прерываний беременности по медицинским показаниям будет только увеличиваться? По правде, однозначного ответа на этот вопрос

нет. С одной стороны, действительно, чем мощнее диагностика, тем **больше выявленных случаев**, но с другой — чем больше мы определяем аномалий антенатально, тем быстрее появляется способ их коррекции, в том числе внутриутробной. В качестве примера можно привести эволюцию подходов при *spina bifida* или синдроме фето-фетальной трансфузии. То, что раньше можно было лишь констатировать, теперь можно **с успехом лечить**. Фетальная хирургия в последние годы развивается всё больше и больше, постепенно переходя на отдельные специальности: неврологию, гастроэнтерологию, кардиологию и т.д. Следовательно, раз меньше «неизлечимых» ситуаций, должно быть меньше и прерываний беременности, связанных с тем или иным заболеванием плода.

Но обратная сторона медицинской эволюции — возрастающая **сложность принятия решения**, поскольку один человек не в состоянии обладать объёмом знаний о возможностях имеющихся ле-

чебных методов. Стало быть, необходимо обсудить проблему с коллегами, т.е. **создать консилиум**.

Перинатальный консилиум

Состав участников консилиума постоянен и может отличаться в зависимости от того, ответы на какие вопросы необходимо получить в конкретном случае. Специалист отделения диагностики или генетик должен донести информацию о характере и тяжести выявленной аномалии развития плода, акушер-гинеколог — о дальнейшем течении беременности и возможных осложнениях как для женщины, так и для будущего ребёнка, дать рекомендации по месту, сроку и методу родоразрешения, **профильный специалист** — о возможностях внутриутробной и неонатальной хирургии, объёме и длительности лечения, интенсивной терапии и реабилитации при данном заболевании, о степени утраты физических и умственных способностей будущего ребёнка.

В некоторых случаях требуются **дополнительные** инструментальные или лабораторные исследования, после получения результатов которых проводят **повторное заседание**.

Необходимость привлечения большого количества **участников экспертного уровня** подсказывает место консилиума: крупная многопрофильная медицинская организация или областной перинатальный центр, но в некоторых случаях и это не гарантия наличия всех необходимых специалистов.

Решение — **дистанционное участие** в перинатальном консилиуме, регламентированное приказом Минздрава РФ №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»². В этом случае беременная, как и члены её семьи в случае их присутствия, **в режиме реального времени** может задать все интересующие вопросы и незамедлительно получить ответы. С информированного согласия женщины ведётся видеозапись. Участие **врачей-специалистов** в обсуждении с помощью телемедицины позволяет уменьшить время ожидания консилиу-

ма, подключить при необходимости дополнительных участников. Вместе с тем подписание протокола заседания на бумажном носителе требует более длительного времени, что может сказаться на эмоциональном и физическом состоянии женщины. Теоретически эту проблему можно решить с помощью электронной цифровой подписи.

Перинатальный консилиум в согласии с пациенткой разрабатывает дальнейшую тактику ведения беременности и **маршрутизации** в специализированные медицинские учреждения как для родоразрешения, так и для дальнейшего лечения новорождённого.

Если по заключению консилиума врачей возможна **внутриутробная хирургическая коррекция** пороков, женщине предлагается госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую такой вид высокотехнологичной медицинской помощи. Фетальная хирургия даёт шанс если не вылечить пороки до родов, то хотя бы минимизировать их влияние. С её помощью могут быть скорректированы такие нарушения, как *spina bifida*, крестцово-копчиковая тератома, аномалии развития мочевыводящей системы, фето-фетальный трансфузионный синдром.

Принимая во внимание эмоциональное состояние женщины, необходимость принятия ею жизненно важного решения, от неё не ожидают **окончательного ответа** непосредственно на консилиуме. Она может в домашней обстановке обсудить все возможные варианты с родственниками и принять решение, для чего может потребоваться помощь психолога.

Важный момент

Как только будет озвучена информация о выявленной аномалии плода, высокой вероятности его тяжёлого заболевания или гибели, семья попадает в **ситуацию психологической травмы**, которую может усугубить неправильное общение со стороны медицинских работников.

Излишняя жёсткость, грубые комментарии, навязывание чувства вины самой беременной — основные триггеры и катализаторы **посттравматических и тревожных расстройств**, вероятных внутренних конфликтов и последующих су-



© Peniwet Dargusungaoen / Коллекция/Stock

[Принимая во внимание эмоциональное состояние женщины, необходимость принятия ею жизненно важного решения, от неё не ожидают окончательного ответа непосредственно на консилиуме.]

дебных претензий к медицинским работникам. Стрессовая ситуация для членов семьи носит пролонгированный характер — состояние шока может сменяться ожиданием разлуки и смерти, вызывая различные когнитивные и социально-поведенческие нарушения, вплоть до психосоматических расстройств.

К сожалению, иногда врачи и другие медицинские работники считают налаживание правильной коммуникации с беременной и членами её семьи в этой ситуации исключительно работой психолога. Безусловно, профессиональное **психологическое сопровождение** — зона ответственности соответствующего специалиста, однако владение вербальными и невербальными (посадка, жестикация, тактильная поддержка) навыками — необходимость для всех, кто имеет контакт с такими пациентками.

Работа психолога

Присутствие **медицинского психолога** на заседаниях перинатального консилиума — необходимое условие для его эффективности. Основная задача этого специалиста — снижение уровня психологического и эмоционального напряжения у пациентки и членов её семьи, которые ожидают рождения нездорового ребёнка. Это достигается правильной организацией окружающей психологической среды и предупреждением отдалённых посттравматических психических последствий.

Помимо семьи психолог может проводить индивидуальные или групповые **консультирования для членов консилиума**, помогая преодолеть эмоциональные переживания и профессиональное выгорание.

Амплитуда колебаний

Государственный подход к прерыванию беременности в отечественной истории, впрочем как и в мировой, представляет собой периодические колебания из одной крайности в другую. По Соборному уложению 1649 года прерывание беременности не отделялось от **убийства** рождённого ребёнка, за что полагалось «казнить смертью безо всякия пощады, чтобы, на то смотря, иные такова незаконного и скверного дела не делали и от блуда унялися»³. Прерывания беременности как медицинской операции в те годы не существовало, как и точного разделения вариантов по сроку гестации. Н.М. Максимович-Амбодик использовал следующие дефиниции: «во 2 или 3 месяцах называют выкидышем или извергом, а 6 или 7 месячные роды незрелыми или ранними»⁴. В подписанном 15 августа 1845 года Николаем I Уложении о наказаниях уголовных и исправительных **«изгнание плода»** выделяется в отдельное деяние, наказуемое как для самой женщины, так и для лица, действовавшего по её просьбе, «лишением всех прав состояния и ссылкой в Сибирь на поселение» (ст. 1933) и «наказанием плетью от двадцати до

тридцати ударов» для исполнителя и «от десяти до двадцати ударов» — для женщины (ст. 22)⁵.

Примерно в тот же период в научной литературе начинают появляться осторожные упоминания о **прерываниях беременности**, проводимых по **медицинским показаниям**, основным из которых была невозможность прохождения плода через сильно суженные родовые пути. Затем стали упоминать чахотку, рвоту, лихорадку, но оговариваясь, что в отсутствие абсолютной угрозы жизни матери решить вопрос о прерывании трудно.

Медицинская помощь для большинства населения была недоступна, поэтому проводилась процедура крайне редко, но даже в этих единичных случаях врачи старались минимизировать риск **уголовного преследования**: «в собственных своих интересах, для того чтобы избежать нареканий впоследствии, врач должен всегда обсуждать вопрос о необходимости выкидыша совместно с консультантом, который присутствовал бы и при самом производстве операции»⁶, поскольку никаких официальных документов, регламентирующих прерывание беременности, не было⁷.

В 1885 году уложение претерпело редакцию, исключившую телесные наказания, но добавившую **ответственность для повивальной бабки** «в случае, если кто-либо будет просить её о произведении преждевременного разрешения от беременности, не донесёт о том немедленно надлежащему начальству»⁸. Снизил кару вышедшее в 1903 году новое Уголовное уложение, по которому женщина, избавившаяся от беременности, как и врач, этому поспособствовавший, наказывались по ст. 465 «заключением в исправительный дом на срок не свыше трёх лет»⁹.

Октябрьская революция 1917 года резко изменила нравственные и правовые воззрения, развернув некоторые из них на 180 градусов. Поддерживаемое обществом и религиозными организациями право зародившейся жизни на существование было отменено в пользу **права женщины** самой распоряжаться своей репродуктивной функцией. Коммунистическая мораль противопоставлялась буржуазной. Эту мысль выразил в 1925 году специалист по охране материнства и младенчества Наркомата здравоохранения Абрам Борисович Генс: «Понижение деторождения явно невыгодно для капиталистического общества, которому нужна резервная армия безработных, чтобы держать заработную плату на нужном уровне, и нужна резервная армия мужчин в качестве пушечного мяса для империалистических войн. Эти тенденции капиталистического общества нашли своё отражение в религии, в буржуазной морали, буржуазной семье, объявившей святость, незыблемость брака, объявившей аборт грехом против бога капиталистов, против капиталистического общества»¹⁰.

Большое число женщин, пожелавших прервать беременность, объяснялось временными трудностями и **тяжёлыми экономическими условиями**. В этой связи стало возможным «бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где



Рошенбург Г.Е. «Аборт вреден для здоровья», 1957, плакат

обеспечивается ее максимальная безвредность...»¹¹. **Пови-
вальным бабкам** и частнопрактикующим врачам проводить прерывание беременности **запрещалось**. По желанию женщины сделать аборт можно было до 3 мес, затем лишь по строгим медицинским показаниям, но на любом сроке.

Существовавшее на тот момент количество коек явно не справлялось с нагрузкой, что заставило 3 ноября 1924 года выпустить постановление, упорядочившее выдачу разрешений на прерывание беременности с установлением приоритетов (в порядке убывания):

- безработным-одиночкам;
- работницам-одиночкам, имеющим одного ребёнка;
- многодетным, занятым на производстве;
- многодетным жёнам рабочих;
- всем остальным застрахованным;
- прочим¹².

Между тем спрос по-прежнему превышал возможности государственной медицины, в связи с чем прерывать беременность **разрешили частным врачам**, а с 17 марта 1925 года и **сельским докторам**.

Временные трудности не прекращались, **число аборт**
росло, и в начале 30-х годов начался разворот государственной политики в противоположную сторону: аборты становятся платными, к 1934 году их цена выросла до 75 руб. при среднем душевом доходе семьи в стране 80—100 руб.¹³ 27 июня 1936 года вышло постановление Совета народных комиссаров № 1134, указывающее: «В связи с установленной вредностью абортов **запретить** производство таковых как в больницах и специальных лечебных заведениях, так и на дому у врачей и на частных квартирах беременных. Производство абортов допустить исключительно в тех случаях, когда продолжение беременности представляет угрозу жизни или грозит тяжёлым ущербом здоровью беременной женщины, а равно при наличии передающихся по наследству тяжёлых заболеваний родителей и только **в обстановке больниц** и родильных домов»¹⁴. Внимание этому вопросу уделялось на самом высочайшем уровне — перечень медицинских показаний утверждался на заседании Политбюро от 27 декабря 1936 года¹⁵. Десятый пункт Положения о порядке прерывания беременности гласил: «Аборты производятся **за плату**. Размер платы устанавливается Наркомздравами союзных республик»¹⁵.

Столь радикальный запрет сразу же положил начало тренду на **рост материнской смертности** от криминальных абортов, даже если брать лишь городскую статистику: с 451 случая в 1935 году до 910 в 1936 году и более 2000 — в 1940 году, а к моменту отмены запрета в ноябре 1955 года летальность после **криминального аборта** составляла около 70% всей материнской смертности в стране¹⁶.

Обратный ход начался 23 ноября 1955 года с выходом указа Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения абортов»⁶, **разрешившего аборт по желанию** до 12 нед, но не затрагивающего пункты указа 1936 года о возможности прерывания по медицинским показаниям на любом сроке беременности. Перечень медицинских показаний изменялся, а 31 декабря 1987 года вышел приказ Минздрава

СССР № 1342, где появились **«социальные показания»**, позволяющие прервать беременность сроком до 28 нед. В них вошли:

- смерть мужа во время беременности;
- пребывание женщины или её мужа в местах лишения свободы;
- лишение прав материнства;
- многодетность (число детей свыше пяти);
- развод во время беременности;
- беременность после изнасилования;
- инвалидность у ребёнка¹⁷.

Это был период максимально допустимых вариантов избавления от беременности, после чего процесс в очередной раз обернулся вспять: приказ Минздравмедпрома РФ № 242 от 11 июня 1996 года снизил верхний порог для прерывания по социальным показаниям до 22 нед, но при этом **дополнил** их такими вариантами, как «женщина, не состоящая в браке», «отсутствие жилья, проживание в общежитии, на частной квартире», «многодетность (число детей 3 и более)»¹⁸. Постановление правительства РФ № 485 от 11 августа 2003 года **снизило** число социальных показаний до четырёх: «наличие решения суда о лишении или об ограничении родительских прав», «пребывание женщины в местах лишения свободы», «наличие инвалидности I—II группы у мужа или смерть мужа во время беременности» и «беременность в результате изнасилования»¹⁹; с 23 февраля 2012 года оно стало единственным²⁰.

[Аборт по желанию женщины на сроке беременности до 12 нед предусматривает ст. 56 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года.]

В настоящее время аборт **по желанию женщины** до 12 нед предусматривает ст. 56 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Прерывание беременности **по медицинским показаниям** регулируют сразу несколько документов. Так, в соответствии с порядком оказания помощи женщине предоставляется информация о возможности прерывания беременности при наличии порока развития плода, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при хромосомных аномалиях, пороках развития плода, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объёма поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию²¹. Перечень медицинских показаний приведён в приказе Минздравсоцразвития РФ № 736 от 3 декабря 2007 года²², но каждое решение выносится перинатальным консилиумом индивидуально.

Таблица 1. Статистика объединённых московских перинатальных консилиумов с 2018 по 2023 год

Участники \ Годы	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ДЗМ	50	125	109	77	188	113
Региональные и федеральные учреждения	5	17	13	86	21	15
Коммерческие клиники	3	6	4	3	5	3
Всего консилиумов	58	148	126	166	214	141

Таблица 2. Статистика установленных прогнозов перинатальных консилиумов с 2018 по 2023 год

Прогноз	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Неблагоприятный	44	78	91	131	179	121
Благоприятный	6	58	26	32	33	17
Требуется дообследование	8	12	9	3	2	3

СТОЛИЧНЫЙ ОПЫТ

Основой для функционирования **перинатального консилиума** стал приказ №600 Департамента здравоохранения г. Москвы (ДЗМ) от 14 июня 2013 года «О совершенствовании организации пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития плода/ребёнка», поставивший целью раннее выявление врождённых и наследственных заболеваний. На основании приказа утверждены Положение о кабинете пренатальной (дородовой) диагностики и Порядок проведения обследования беременных с целью пренатального (дородового) выявления нарушений развития плода/ребёнка²³. В соответствии с этими нормативными документами в Москве были созданы и действуют 13 кабинетов антенатальной охраны плода.

Городской перинатальный консилиум, на который направлялись беременные с выявленными пороками развития плода, был создан в августе 2018 года на базе перинатального центра ГКБ №24²⁴, с 2022 года — на базе перинатальных центров ГКБ №31 им. Г.М. Савельевой ДЗМ и ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ. Поскольку в настоящее время отсутствует нормативно-правовое регулирование формата городского перинатального консилиума,

он работает в строгом соответствии с порядком — в виде подкомиссии врачебной комиссии. В заседаниях принимают участие главные внештатные специалисты ДЗМ как **очно**, так и посредством **телемедицинских технологий** в режиме реального времени.

Консилиум собирался для пациенток, не только направленных из учреждений, входящих в структуру ДЗМ, но и других регионов, федеральных или коммерческих организаций (табл. 1). На каждую пришедшую на консилиум женщину заводилась амбулаторная карта.

В ходе заседания члены консилиума заслушивают доклад лечащего врача, знакомятся с медицинской документацией, после чего приглашают пациентку и предоставляют ей всестороннюю информацию о результатах обследования и характере выявленных аномалий развития плода. На основании современных знаний **информируют** о возможных медицинских пренатальных и постнатальных вмешательствах и связанных с этим рисках, ближайших и отдалённых исходах, **делают прогноз** жизни и здоровья будущего ребёнка как до, так и после рождения (табл. 2). Перинатальный консилиум в согласии с пациенткой **определяет дальнейшую тактику** ведения и маршрутизации в специализированные медицинские учреждения как беременной, так и новорождённого для хирургического этапа лечения.

На городском перинатальном консилиуме обязательно присутствует **психолог** и по желанию беременной с целью поддержки может находиться её **супруг**, партнёр или ближайший родственник. По итогам заседания выносится заключение, один экземпляр которого выдаётся беременной на руки. Заключение не всегда бывает решающим — в некоторых случаях назначается **дополнительное обследование**, по результатам которого проводится **повторный консилиум**.

В случае **неблагоприятного прогноза** беременной предоставляется информация о возможности получения паллиативной помощи, психологической поддержки семьи в рамках совместного проекта с благотворительным фондом «Дом с маяком».

С момента начала работы консилиума помощь получили более 700 семей. В настоящее время городской перинатальный консилиум проходит в ГКБ №31 им. Г.М. Савельевой ДЗМ и ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ.



Перинатальный консилиум — важнейший **мультидисциплинарный инструмент**, объединяющий специалистов функциональной и генетической диагностики, неонатологов, детских хирургов, акушеров-гинекологов, психологов и юристов. Он позволяет максимально точно дать представление о заболевании плода и свести к минимуму младенческую смертность. Кроме того, с его помощью возможно улучшить качество оказания медицинской помощи пациенткам с высоким риском материнской и перинатальной заболеваемости. Задача команды профессионалов — **всесторонняя поддержка семьи** при выборе непростого решения в отношении ребёнка с неблагоприятным прогнозом: прервать беременность или сохранить её.

Существующий юридический вакуум от давно назревшего, но отсутствующего закона о репродуктивных правах граждан Российской Федерации до регламента перинатального консилиума делает каждый удачный опыт его проведения бесценным. **SP**

Библиографию см. на с. 86–87.

SMART-ПАМЯТКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОК УПРОЩАЮТ ЖИЗНЬ ВСЕМ!

1

МЕНЯ
ПОСТОЯННО
ТОШНИТ, ЭТО
НОРМАЛЬНО?

А ПРАВДА,
ЧТО НЕЛЬЗЯ
СТРИЧЬСЯ?

ОЙ, ЭТО ТАК
ГЛУПО...

**ДОКТОР, Я БЕРЕМЕННА,
И У МЕНЯ МИЛЛИОН
ВОПРОСОВ!**

2

ГЛУПЫХ
ВОПРОСОВ
НЕ БЫВАЕТ!

**SMART-ПАМЯТКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОК –
ЭКСПЕРТНЫЙ ИСТОЧНИК
ИНФОРМАЦИИ, КОТОРЫЙ
ВСЕГДА С ВАМИ!**

- ★ ДОСТУП 24/7 ПО QR-КОДУ
- ★ НЕ ТРЕБУЕТСЯ УСТАНОВКИ
ПРИЛОЖЕНИЯ
- ★ ТОЛЬКО ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ
МЕДИЦИНА

3

SMART-ПАМЯТКИ – ОБЩЕРОССИЙСКИЙ
ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЙ ПРОЕКТ МАРС,
НАЦЕЛЕННЫЙ НА ИНФОРМИРОВАНИЕ
ПАЦИЕНТОК И ЭКОНОМИЮ
ВРЕМЕНИ ВРАЧА НА ПРИЁМЕ.
14 ТЕМ УЖЕ ДОСТУПНЫ В ПРИЛОЖЕНИИ
SPNAVIGATOR (РАЗДЕЛ «БАЗА ЗНАНИЙ»).

ИЩИТЕ В APPSTORE, GOOGLEPLAY
И APPGALLERY.

4



**ТОКСИКОЗ
БЕРЕМЕННЫХ**



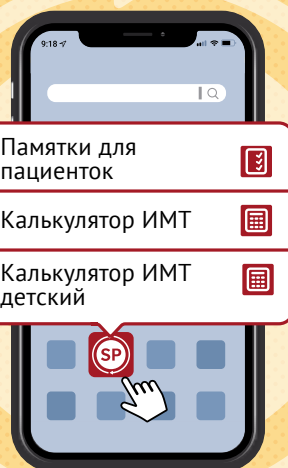
**ПИТАНИЕ
БЕРЕМЕННЫХ**

КАК ЭТО РАБОТАЕТ?

Чтобы предоставить пациентке
возможность самостоятельно
изучить материал по нужному
вопросу, необходимо следующее.

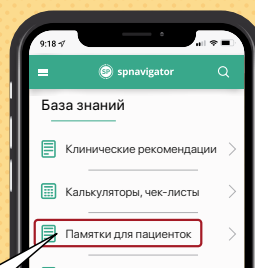
ПЕРЕХОД В ОДНО КАСАНИЕ!

- ★ **Откройте или установите**
приложение SPNavigator.
- ★ **Удерживая иконку** приложения,
через меню быстрого доступа
войдите в раздел «Памятки для
пациенток».



ПЕРЕХОД ИЗ ПРИЛОЖЕНИЯ

- ★ **Используя меню** внизу экрана,
перейдите в раздел
«База знаний».
- ★ **Выберите пункт**
«Памятки для пациенток».



ПОКАЖИТЕ ПАЦИЕНТКЕ QR-КОД НУЖНОЙ ПАМЯТКИ

Чтобы считать QR-код и получить информацию, ей не нужно
устанавливать приложение: памятка откроется автоматически.



spnavigator
Мобильное приложение

[Информа- ционное опыление]

Для библиографических ссылок

• Маклецова С.А., Радзинский В.Е. Боязнь срыва комфорта как одна из мировых причин снижения рождаемости // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №3 (106). — С. 23–25.

бездетность ради комфорта?

Боязнь срыва комфорта как одна из мировых причин снижения
рождаемости



Авторы: Светлана Александровна **Маклецова**, канд. мед. наук, исполнительный директор МАРС, исполнительный директор Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Педиатрия и неонатология: развитие клинических практик», генеральный директор ГК StatusPraesens; Виктор Евсеевич **Разгинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН (Москва)

Одна из серьёзнейших проблем нашей страны (впрочем, как и всего цивилизованного мира в целом) — **демографическая**. По данным Росстата, средний возраст россиян в 2023 году составил 41,5 года, причём ещё в 2018-м он не превышал 40 лет. Средний возраст женщин достиг рубежа 43 лет¹. Население **стареет**, и это уже сегодня имеет катастрофические последствия для **национальной безопасности**. Повышение возраста выхода на пенсию — **неминуемое** следствие этого крайне неприятного демографического крена, поскольку страна нуждается в работающих гражданах, составляющих основу любой экономики.

Этому процессу необходимо противопоставлять эффективную государственную политику, и Год семьи — одна из многочисленных инициатив, прямо обозначающих вектор борьбы с демографической проблемой. Стране нужна **рождаемость**! А она снижается — и не только у нас, а по всему миру, даже в традиционно многодетных Азии и Африке. Для врачебного сообщества Год семьи — повод задуматься и **осознать** причины происходящего. Их множество, и в их числе немало таких, которые отражают трансформацию мира **в целом**.

Одна из них — всеобщее стремление и привычка к комфорту и безопасности.

Наши времена в целом отличаются очень высоким уровнем безопасности и комфорта. И не только в России. Комфорта и безопасности на самом деле **такой избыток** по всему миру, что конкретные люди **отвыкают** испытывать трудности. И это в целом **нездорово**, потому что проблемы, неурядицы и периоды обычных житейских сложностей по типу болезней или рождения ребёнка в семье всё равно случаются, а люди — не готовы. Нет навыка и отработанных умений «преодолевать».

Нам очень дороги комфорт и спокойствие, которые стали настолько привычны, настолько вошли в основы образа жизни, что необходимость «преодоления

трудностей» вызывает протест или как минимум тихий саботаж.

Битва за комфорт

Падение ретности во всём мире — прямое следствие этого большого трансформационного процесса. В европейских странах на одну семью приходится чуть больше одного ребёнка, в России — 1,42¹, в странах Африки, где ещё недавно было нормой по семь-восемь детей, сегодня — три-четыре². Да и возраст первого деторождения сдвинулся существенно за 30-летний рубеж — в России, например, в 2023 году это 32 года.

[Современные женщины просто не хотят «срыва комфорта» — как и весь мир, который уже успел привыкнуть к совершенно новому уровню достатка, удобства и лени, чего уж греха таить.]

Одна из очевидных причин — нежелание утрачивать комфорт.

«...Я сначала **встану на ноги**, сделаю карьеру, а потом уже буду заводить семью и детей», «...Как я буду **поднимать** сейчас ребёнка, когда я толком не зарабатываю?», «Не хочу, чтобы ребёнок страдал от неустроенности и испытывал **комплекс неполноценности**, как было у меня в детстве...»

Соображений (то есть оправданий) — множество, и мало кому приходит в голову, что когда в начале XX века в средней российской семье было шесть-семь-восемь человек детей³, нельзя было даже мечтать о подгузниках, материнском капитале, централизованном отоплении и горячей воде, качественной и доступной медицинской помощи, магазинных продуктах без какого-либо дефицита... Рожали — и всё. «Бог дал ребёнка — даст и на ребёнка...» Нынешние «трудности» с позиций всей нашей истории выглядят капризами и даже насмешкой над подвигом крестьянских матерей с 14 отпрысками.

Ребёнок как «срыв комфорта»

Современные женщины просто не хотят «срыва комфорта» — как и весь мир, который привык к совершенно новому уровню достатка, удобства **и лени**, чего уж греха таить. Если молодая женщина «хочет пожить для себя» (сегодня это частая формулировка, не так ли?), то станут ли для неё весомым аргументом дополнительные выплаты? Ведь независимо от материнского капитала у ребёнка будут резаться зубы, а это несколько бессонных ночей, а то и недель кряду. Кормление ребёнка «по требованию» — официально принятая сегодня позиция педиатров, при этом ночное время — период особой требовательности. Молодые родители мало и плохо спят, им приходится многое

преодолевать, заставляя себя; они **вынуждены** перестать думать в первую очередь о себе.

Ребёнок неминуемо переворачивает привычный образ жизни, подчиняет себе весь распорядок дня, сводит почти к нулю возможности реализовывать личные желания, не связанные непосредственно с ним. К тому же это большая физическая нагрузка, а люди в наши дни стали не в пример слабосильнее.

Привыкшие к комфорту и эгоцентричности современные поколения не очень хотят от этого в одночасье отказываться — «...рожу, но когда-то потом, после тридцати». Так и происходит. И — «побыстрее отстреляться»: родила одного, и достаточно.

Решение — есть

Происходящее сегодня в мире — **естественное** следствие всеобщего роста благосостояния. Совершенно из того же корня общий рост болезненности населения. Суммарная распространённость в Российской Федерации избыточной массы тела и ожирения в 2022 году превысила 62%⁴. В мире сегодня больше людей умирает от последствий ожирения, чем от голода⁵. Продолжает расти частота метаболического синдрома, сахарного диабета, онкологических заболеваний (в том числе, например, напрямую ассоциированного с ожирением рака эндометрия⁶), болезней сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек и печени.

Ведь физическая нагрузка, оптимизация рациона, своевременное и предиктивное медицинское обследование требуют активных, системных и постоянных **действий**. Нужно проявлять силу воли, заставлять себя, преодолевать, а это тоже дискомфортный «**выход из зоны комфорта**».

Одно из решений этой проблемы лежит в сфере **социальной пропаганды**, именно в смысле «...целенаправленного

формирования общественного мнения посредством навязывания определённых точек зрения, идей и взглядов». Для этого накоплено множество **новых** технологий, да и технологии советского периода, действительно разработанные на научной основе, доказали свою состоятельность на популяционном уровне.

Общественное одобрение деторождения и многодетности, мода на родительство **в сочетании** с мерами реальной финансовой поддержки — одно из возможных решений, для которого, очевидно, понадобится большой фронт работ и некоторое время.



В целом для **жизни** каждому из нас нужно не так уж и много. Обычно человек за день съедает только один ужин и в конкретную ночь спит только в одной кровати. Тёплая и удобная одежда, крыша над головой, пища, вода, минимальный бытовой комфорт — всё это у среднестатистического жителя планеты Земля **обычно** есть, за исключением совсем уж бедных стран. Древние люди, обитавшие в пещерах и не знавшие канализации, сочили бы наши нынешние условия по безопасности и комфорту попросту райскими.

Но мы пошли гораздо дальше. В нашу современную жизнь давно и прочно вошли горячее водоснабжение, та же канализация, электричество, холодильники, кондиционеры, компьютеры, мобильные телефоны, интернет. В любое время дня и ночи мы можем пойти в магазин или аптеку. И даже можно не ходить — доставка тоже отлично работает. Всё — для нашего **удобства**, чтобы не напрягаться, не заставлять себя, чтобы максимально облегчить жизнь.

Однако в этом неоспоримом всеобщем «прогрессе» есть и обратная сторона. Нас **развивают** именно трудности, и любой критический момент жизни испытывает нас на прочность именно посредством их преодоления — сломаемся или не сломаемся, выживем или нет?

Так что на самом деле трудности — это хорошо, не так ли? Осталось только **убедить** в этом рождающее поколение, которое рожать не хочет. **SP**

Библиографию см. на с. 86—87.

ДЕТНОСТЬ В РОССИИ: РЕАЛИИ 2024 ГОДА

ДЕМОГРАФИЯ — ВОПРОС НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ



Сейчас в период деторождения вступило крайне малочисленное поколение 1990-х, поэтому единственный способ поднять рождаемость — надеяться на многодетность. Однако демографические реалии убедительно показывают исключительную сложность этой задачи — ввести «моду на многодетность». И это — вопрос социальной пропаганды.

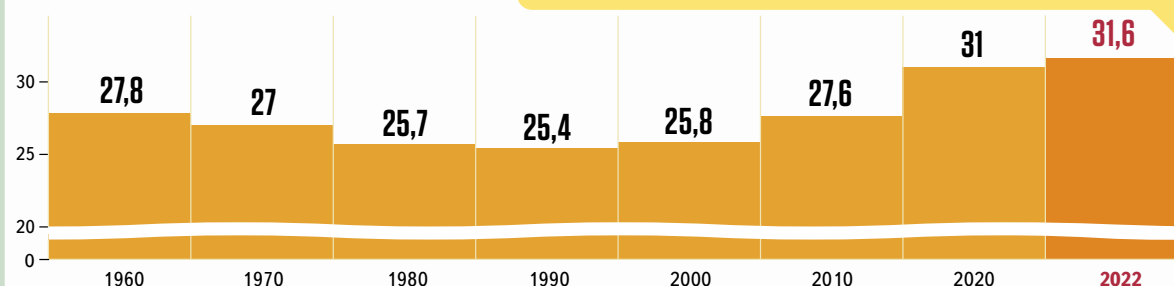
При том что население РФ **сокращается** (в год мы теряем почти 450 тыс. человек — население большого российского города!), коэффициент рождаемости не обеспечивает даже воспроизводства мамы и папы: нужен 2,15, а у нас сейчас 1,42.

Рождаемость, смертность и прирост населения в РФ (на 1000 населения)



Средний возраст рожениц в РФ, годы

Надолго «отложенное материнство» — национальная катастрофа. Первое деторождение в возрасте 32 лет — повод быть тревогу и масштабно **вкладываться в пропаганду**.



Россия поставила себе реалистичную задачу постепенно выбраться из «демографической ямы»

Суммарный коэффициент рождаемости в РФ: 1,42 (2024 год) → 1,6 (2030 год*) → 1,8 (2036 год*)

2,15 Коэффициент рождаемости, необходимый для простого воспроизводства населения

Вывод: Стране нужны работающие граждане, а не только пенсионеры! Демография — вопрос **национальной безопасности**. Целая национальная стратегия, приуроченная к Году семьи (2024), направлена на преодоление двух сложностей: россиянки редко хотят рожать больше одного ребёнка и стараются делать это уже после 30 лет. Жаль, что в стратегии меньше учтены девочки-подростки (истинный репродуктивный потенциал страны) и женщины старшего возраста (без бабушек не бывает многодетности).

* Указ президента РФ от 7 мая 2024 года №309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года»: «Установить следующие целевые показатели и задачи... повышение суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 к 2030 году и до 1,8 к 2036 году, в том числе ежегодный рост суммарного коэффициента рождаемости третьих и последующих детей».

работа На Дошибками



Для библиографических ссылок

• Филиппов О.С., Гусева Е.В., Павлов К.Д. Материнская смертность после ЭКО: острая проблема здравоохранения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №3 (16). — С. 71–73.

НЕВОСПОЛНИМЫЕ ПОТЕРИ

Материнская смертность после ЭКО: острая проблема здравоохранения



Авторы: Олег Семёнович **Филиппов**, докт. мед. наук, проф., засл. врач РФ, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ФМБА России, зам. директора по организации акушерско-гинекологической и педиатрической помощи ФНКЦ детей и подростков ФМБА России; Елена Вячеславовна **Гусева**, канд. мед. наук, зам. директора по развитию Национального медицинского исследовательского центра по анестезиологии-реаниматологии для беременных НМИЦ АГИП им. В.И. Кулакова; Кирилл Дмитриевич **Павлов**, зам. руководителя центра мониторинга и анализа педиатрической и акушерско-гинекологической помощи ФНКЦ детей и подростков ФМБА России (Москва)

Материнская смертность (МС) — важный показатель качества оказания акушерской помощи, а её снижение — одно из **приоритетных направлений** развития здравоохранения. Вместе с тем МС напрямую связана с **материнской заболеваемостью**. Осложнения беременности, родов и послеродового периода служат потенциальными факторами риска неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов. При использовании **вспомогательных репродуктивных технологий** (ВРТ) увеличение частоты осложнений и летальности связано как с состоянием здоровья и возрастом матери, так и с ятрогенными вмешательствами.

Проблема **МС пациенток после использования ВРТ** стала актуальной с введением в медицинскую практику экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). На сегодняшний день большинство авторов склонны считать, что с распространением ВРТ будет расти и уровень смертности как результат беременности в более позднем возрасте, многоплодия и повышенной частоты акушерских осложнений.

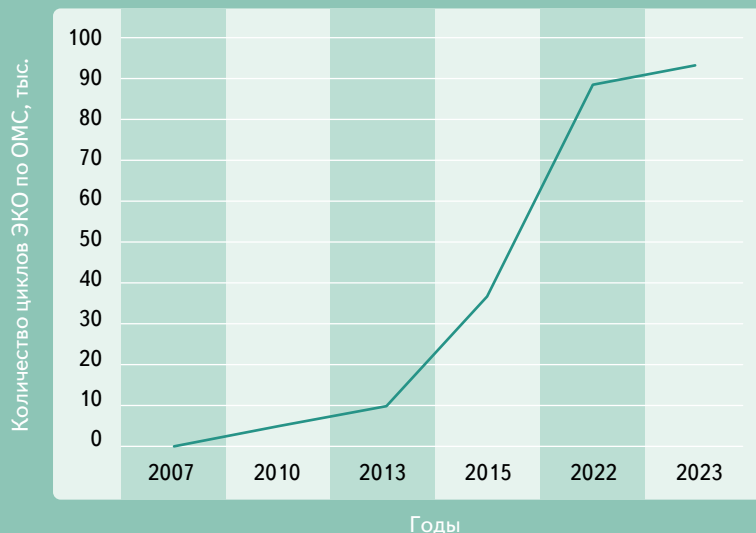
Ладно ль за морем
иль худо?

Зарубежные исследователи регулярно публикуют обзоры, в которых показывают бóльшую вероятность МС при использовании ВРТ по сравнению с самостоятельно наступившей беременностью.

Так, в ретроспективном итальянском исследовании выявлено, что ВРТ увеличивают риск **тяжёлой материнской заболеваемости** и near miss. При этом наиболее распространёнными состояниями, ассоциированными с угрожающими жизни последствиями, стали «акушерская» гистерэктомия, трансфузия пяти и более доз эритроцитарной массы, а также сердечно-сосудистая дисфункция¹.

При анализе регистра всех родов в канадской провинции Онтарио за 2006—2012 годы частота **трёх и более тяжёлых осложнений** в группе пациенток после ЭКО была значимо выше (ОШ 2,28; 95% ДИ 1,56—3,33) по сравнению с теми, кто получал неинвазивное лечение бесплодия с помощью индукции овуляции или внутриматочной инсеминации (ОШ 0,99; 95% ДИ 0,57—1,72). При этом абсолютный риск тяжёлой материнской заболеваемости

ДИНАМИКА РОСТА КОЛИЧЕСТВА ЦИКЛОВ ЭКО, ВЫПОЛНЕННЫХ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ ОМС



[Многие эксперты полагают, что с распространением ВРТ будет расти и уровень МС как результат беременности в более позднем возрасте, многоплодия и повышенной частоты акушерских осложнений.]

или смерти при использовании ВРТ был более выражен у пациенток 40 лет и старше, а также у женщин с многоплодной беременностью².

Общенациональное популяционное когортное исследование, проведённое в Южной Корее, также показало, что у женщин, перенёсших ЭКО, риск **тяжёлой материнской заболеваемости** в 1,5 раза выше по сравнению с фертильными женщинами. Однако в отличие от предыдущего исследования риски серьёзных осложнений были повышены как при одноплодной, так и при многоплодной беременности (ОР 1,62; 95% ДИ 1,43–1,83 и ОР 1,31; 95% ДИ 1,07–1,6 соответственно)³.

Увеличение частоты **предлежания плаценты** (ОШ 2,9; 95% ДИ 1,94–4,34), иных нарушений плацентации (ОШ 6,85; 95% ДИ 3,88–12,13) и гипертензивных осложнений беременности (ОШ 1,4; 95% ДИ 1,1–1,78)

при ЭКО без интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в ооцит по сравнению с общей популяцией выявлено в японском национальном сравнительном исследовании. Кроме того, пациенткам этой группы чаще требовались **переливание крови и госпитализация** в отделение интенсивной терапии. Причём эти показатели оставались статистически значимо выше даже после учёта искажающих факторов, таких как возраст матери и сопутствующие заболевания⁴.

Как показал систематический обзор, дородовая вероятность венозной тромбоэмболии после ЭКО удваивается по сравнению с общей популяцией беременных (ОШ 2,18; 95% ДИ 1,63–2,92). При этом в I триместре происходит 5–10-кратное увеличение рисков, что связано прежде всего с частым развитием синдрома гиперстимуляции яичников⁵.

Положение дел на Родине

В нашей стране проблеме **критических состояний** и летальности после использования ВРТ уделяется незаслуженно мало внимания. Чтобы оценить важность проблемы, необходимо обратиться к статистическим данным.

Долгое время отмечалась устойчивая тенденция к росту распространённости **женского бесплодия**, однако с 2019 по 2022 год было выявлено некоторое снижение этого показателя (на 8,8%). Связано ли это с недостаточно эффективной диагностикой в период пандемии COVID-19 или с нежеланием семейных пар планировать беременность в условиях геополитической нестабильности — тема отдельного исследования.

Вместе с тем существует другая тревожная тенденция — **сокращение количества** женщин фертильного возраста. Так, в период с 2010 по 2022 год количество представительниц этой возрастной группы уменьшилось на 3,5 млн, или 11%. Несмотря на это, число циклов ЭКО, выполненных в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), прогрессивно растёт (инфографика).

Включение ЭКО в перечень высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счёт средств федерального бюджета, в 2007 году позволило пролечить 522 пациентки. К 2010 году показатель вырос почти в 9 раз и составил 4577 женщин.

В 2013 году финансовое обеспечение мероприятий по применению ЭКО при трубном факторе бесплодия включено в базовую программу ОМС — количество пациенток увеличилось ещё в 2 раза и достигло 10 374. После **дополнительного финансирования** и расширения программы на **все формы бесплодия** в 2015 году число женщин, прибегнувших к ЭКО за счёт средств ОМС, повысилось до 37 239. С 2019 года ЭКО включено в федеральный проект «Финансовая поддержка семей при рождении детей» национального проекта «Демография». Таким образом, в 2022 году полный цикл ЭКО выполнен для 89 186 пар, а в 2023-м — для **93 492**.

Следует отметить, что количество циклов ЭКО в 2022 году выросло на 10,8% по сравнению с доковидным

2019 годом, в то время как количество родов за этот период уменьшилось на 12,3% (с 37,5 до 32,2%). Вместе с тем сделать вывод о снижении эффективности ВРТ за один календарный год не представляется возможным, так как значительная часть беременностей заканчивается в году, следующем за годом, когда процедура ЭКО была выполнена. При этом оценка эффективности лечения бесплодия с использованием ЭКО за счёт средств ОМС может быть максимально объективной, потому что есть возможность благодаря полису ОМС проследить течение гестации от момента зачатия до её завершения независимо от исхода.

За период 2008–2022 годов в Российской Федерации зарегистрировано 86 случаев МС после ЭКО, что составило 1,95% от общего числа материнских потерь (4106 случаев). Однако показатель МС после ЭКО за эти годы составил 30,7 на 1000 тыс. детей, рождённых живыми, в то время как после наступления спонтанной беременности — 17,9. Таким образом, можно сделать вывод, что применение ВРТ увеличивает риск МС на 71,5%.

Средний возраст женщин, умерших после ЭКО, составил 35,8 года, более половины были старше 35 лет, из них пять пациенток — в возрасте 45 лет и более (45, 49, 50, 51 и 56 лет). Соматические заболевания диагностированы у 92,5% женщин, осложнённое течение беременности — у 96,25%, патологические состояния в родах — у 90,9% беременных.

В структуре осложнений беременности, индуцированной ЭКО и закончившейся летальным исходом, на первом месте экстрагенитальные заболевания (92,5%). Этот факт объясним, так как в программу ВРТ вступают в основном женщины старшего репродуктивного возраста, имеющие коморбидный фон. Значительную роль в патологическом течении беременности играют гипоксия плода (10%), гестационный сахарный

[Основным направлением профилактики ассоциированной с использованием ВРТ МС должен стать строгий отбор в программу с исключением женщин, имеющих противопоказания для вынашивания ребёнка.]

диабет (9%) и многоплодие (10%), часто сопутствующее ВРТ.

Стремясь снизить этот показатель за счёт сокращения эпизодов многоплодия и сопряжённых с ним рисков, во многих странах, в том числе и в нашей, ограничили число переносимых эмбрионов. В связи с этим за последние 5 лет частота многоплодных беременностей в РФ уменьшилась в 2,1 раза (с 3740 до 1741).

Наиболее частой медицинской проблемой послеродового периода стали гнойно-септические осложнения, выявленные у 7,3% пациенток. МС при прерывании беременности до 22 нед отмечена в 14 эпизодах. При этом обращает на себя внимание то, что медикаментозный аборт выполнен только одной пациентке (7,1%), у девяти женщин (64,3%) проведена вакуум-аспирация или кюретаж полости матки, а в четырёх случаях прерывания беременности (28,6%) из-за осложнений возникла необходимость гистерэктомии.

Из числа летальных исходов после ЭКО у 39 женщин (49%) беременность завершалась в стационарах третьего уровня. Значительное число родов разрешений произошло на втором уровне (47%). На первом уровне окончились всего три беременности (4%). Это говорит о нарушениях маршрутизации, в результате которых беременные после ЭКО, относящиеся к группе высокого риска осложнений, родоразрешались на втором и даже на первом уровне.

Большая часть женщин, перенёсших ЭКО, умерли в послеродовом периоде (68%), после аборта скончались 22% пациенток, а во время гестации 10% беременных.

Следует отметить, что почти у четверти пациенток после ЭКО роды происходили преждевременно. При этом методом родоразрешения в большинстве случаев (53,8%) стало кесарево сечение, причём в плановом порядке прооперированы лишь четыре женщины (9%). Превалирование экстренных вмешательств (91%) может говорить о недооценке рисков родоразрешения через естественные родовые пути у этой группы пациенток.

Если анализировать основные причины МС после ЭКО в сравнении со спонтанной беременностью, то обращает на себя внимание высокая частота экстрагенитальных заболеваний (60 и 47,8% соответственно) и септических осложнений (13,8 и 9% соответственно). Частота тромбозов лёгочной артерии и разрыва матки как причин смерти примерно одинакова в обеих группах.



Несмотря на то что МС в целом за последние годы заметно снизилась, отечественные и зарубежные исследователи отмечают повышенный риск тяжёлых осложнений и летальных исходов при ЭКО. В связи с этим основным направлением профилактики МС у этой группы пациенток должен стать строгий отбор в программу с исключением женщин, имеющих противопоказания для вынашивания ребёнка, а беременность после ЭКО и последующие роды необходимо вести с учётом высокого риска осложнений. Кроме того, междисциплинарный подход в обследовании, совместное ведение с «узкими» специалистами при наличии экстрагенитальных заболеваний и своевременная маршрутизация таких пациенток позволят минимизировать поистине невосполнимые потери. SP

[Междисциплинарный подход в обследовании, совместное ведение с «узкими» специалистами при наличии экстрагенитальных заболеваний и своевременная маршрутизация позволят минимизировать МС.]

Библиографию см. на с. 86–87.

ТРИСТА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЛЕТ

МЕДИЦИНА НА НАУЧНЫХ ВЕРШИНАХ

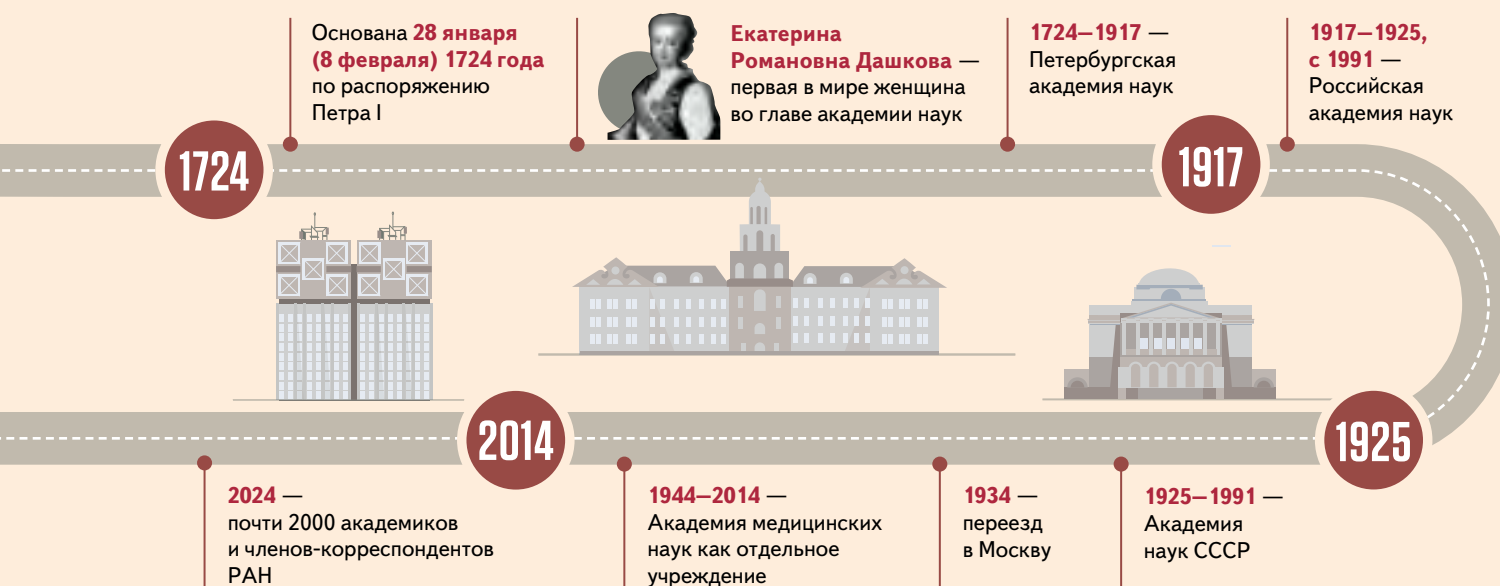


В 2024 году Российская академия наук отметила своё трёхсотлетие

ИСТОРИЯ В ЛИЦАХ



ДОЛГИЙ ПУТЬ К СОВРЕМЕННОСТИ



Сегодня РАН — крупнейший в стране центр по фундаментальным и прикладным научным исследованиям

ВЫВОД: Три века РАН позади. Былые успехи — фундамент для **прогресса клинической медицины**. Академики сегодняшнего (и завтрашнего!) дня вносят свой вклад в разработку и практическое осуществление концепций **предиктивности**, профилактики и цифровизации.