

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#5 [108] 10 / 2024 / StatusPraesens



**Созидательная
СИЛА
контраверсий**

10-я переключка перинатальных центров — беспристрастный анализ в кругу единомышленников • Стратегические задачи амбулаторной гинекологии • Антиэйджинг — женщинам и... мужчинам! • Правовой статус БАД — что изменится в правовом поле? • Эстрогенодефицит у молодых пациенток: причины и преодоление • Полимикробные биоплёнки: смена парадигмы патогенеза бактериального вагиноза • Эволюция медикаментов как борьба за комплаентность



Уважаемые коллеги!

В нашей профессии совсем не просто выделить «основные темы» — они все главные! В первую очередь потому, что **в наших руках** находится самое дорогое, что может иметь человек, — **Новая Жизнь**. Рождение ребёнка приносит радость в каждую семью. При этом и мы вместе с нашими пациентками радуемся чуду, увидевшему мир.

Сегодня взят тренд на многодетность, именно поэтому **физиологические роды per vias naturales должны стать приоритетными** и у беременных, и у акушеров-гинекологов. Снижение количества оперативных родов, составивших в России 32% в 2023 году, чрезвычайно актуально. Для предупреждения акушерских и перинатальных осложнений колоссальное значение имеет **состояние вагинальной микробиоты**. Её трансформация происходит в течение всей жизни, а также под влиянием различных эндо- и экзогенных причин.

Восстановление биоценоза влагалища в рамках прегравидарной подготовки имеет критическое значение для предупреждения неблагоприятных исходов гестации. В связи с этим предложен термин **«вагинальное гестационное здоровье»**. Именно от него во многом зависит течение беременности и послеродового периода.

Однако факторы, способные влиять на микробиоту влагалища, ещё не до конца изучены. На практике мы мало внимания уделяем её связи с качественным и количественным составом комменсалов ротовой полости и кишечника. Они также могут повысить частоту **осложнений беременности** (преждевременных родов, преэклампсии, внутриутробной гибели плода и др.). Например, ежегодно в мире 15 млн детей рождаются **раньше положенного срока**; в 2023 году в РФ **преэклампсию** умеренной степени выявили у 1,6% беременных, тяжёлой — у 0,4%, эклампсию — у 0,2%, у рожениц — 28,6; 9,1 и 0,16% соответственно, а **гестационный сахарный диабет** — у 11,4% беременных и 12,7% рожениц.

Относительно высокая распространённость заболеваний **периодонта и ЖКТ** требует мультидисциплинарного подхода к ведению пациенток, а также определённого взгляда и пересмотра нарративов. Для понимания всех нюансов формирования биоценоза влагалища необходимы дополнительные исследования, клинические наблюдения и современные методы диагностики, в том числе секвенирование ДНК вагинального отделяемого, в научных целях **с последующим внедрением** полученных результатов в практику.

Здоровье (как и нездоровье) женщины **многогранно** и подвержено влиянию различных факторов, включая состояние микробиома, возраст-ассоциированные изменения концентраций половых гормонов, коморбидные заболевания. Это ещё раз указывает на мультидисциплинарность задач, стоящих перед врачами и здравоохранением в целом.

Выделить главное и увидеть перспективу в стремительно развивающейся науке наших дней — чрезвычайно важно. Давайте **работать над этим вместе**, коллеги!

Проф. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии №2
КубГМУ, докт. мед. наук, проф. **Л.Ю. Карахалис**

status

гинекология акушерство

#5 [108] 10 / 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, докт. мед. наук,
проф. Виктор Евсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал [vit@liq.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 Тавдумадзе

Арт-директор: Латип Латипов

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скоточкина

Выпускающие редакторы: Марина Осипова, Александра Лагодина

Инфографика и дизайн: Елена Шибаева, Ирина Великанова, Ирина Климова, Анна Ильина

Корректоры: Елена Гусева, 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 — 31 октября 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 №29196. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдумадзе. Иллюстрация на обложке: © IP Galanternik D.U. / Коллекция/iStock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков iStock, Фотобанк Лори.

© 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)
Коноплянников 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)
Юлатов Евгений Юрьевич (Казань)

statusPra

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

Бремя первых

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук,
проф. В.Е. Радзинский о плодотворном конструктивизме
и разрушительных противоречиях в современной медицине

11

VIA SCIENTIARUM

К барьеру, доктора!

Обзор батлов-контраверсий XVIII Общероссийского научно-
практического семинара «Репродуктивный потенциал России:
версии и контраверсии»

Москвичёва В.С.

16



Человеческий фактор

Что поможет повысить комплаентность пациенток к лечению?

Доброхотова Ю.Э., Мартынова М.А.

Термин «комплаентность» означает правильность соблюдения пациентами
врачебных рекомендаций без учёта их собственного отношения к лечению
(составляет от 20 до 57%). Приверженность — это активный выбор боль-
ных следовать назначенной терапии, принимая на себя ответственность за
собственное благополучие, что приводит к изменению образа жизни.

23

ПЕХТ-ПРОСВЕТ

Надёжный тыл и опора

Амбулаторная гинекология: новые вызовы в эпоху перемен
(по материалам выступлений засл. деятеля науки РФ, члена-корр. РАН,
проф. В.Е. Радзинского, доц. О.И. Климовой, доц. А.В. Борисовой,
проф. Л.Ю. Карахалис, проф. А.М. Савичевой)

Катаев Н.А.

Работа специалистов в женских консультациях и фельдшерско-акушерских
пунктах требует не только высокой квалификации, но и способности адап-
тироваться к быстро меняющимся условиям. Современные вызовы, такие
как пандемии, экономические кризисы и регулярное обновление нормативно-
правовой базы, ставят перед акушерами-гинекологами амбулаторного звена
задачи, которые выходят за рамки стандартного обследования и лечения.

29

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Уверен? Рекомендуй!

БАД и лекарственные средства: законодательство и практика

Хрянин А.А., Радченко М.В.

36



Долго и счастливо

Антиэйджинг — профилактика старения как норма жизни (по материалам выступлений канд. мед. наук Е.В. Шереметьевой, доц. И.Г. Шестаковой, проф. Н.И. Тапильской, проф. РАН М.И. Ярмолинской, засл. деятеля науки РФ, проф. М.Б. Хамошиной, проф. Е.В. Ших)

Жукова А.И.

Различные возрастные периоды в жизни сменяют друг друга, а менархе и менопауза — две полярные точки между расцветом и угасанием женской репродуктивной функции. За последние десятилетия общая продолжительность жизни значительно выросла, однако, увы, это не сопровождается аналогичным увеличением «стажа» здоровых лет. Понимание реальных потребностей, возникающих на каждом этапе, так важно для здорового и активного долголетия.

44

КАК ЭТО БЫЛО

И вновь отгремели фанфары

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

51

CONTRA-VERSION

О, сколько нам открытий чудных...

Бактериальный вагиноз сквозь призму современных представлений

Хрянин А.А.

Несмотря на огромное количество исследований, посвящённых бактериальному вагинозу, многие аспекты этиологии и патогенеза этого заболевания остаются до конца не изученными. Этиотропная терапия «первой линии», которую назначают внутрь или интравагинально, имеет эффективность около 80%. Высокая частота рецидивов в течение 12 мес свидетельствует о недостаточной «стойкости» результатов стандартной антибиотикотерапии и актуализирует поиск дополнительных средств для лечения пациенток.

59

ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ



Защищая будущее

Альянс акушеров-гинекологов и педиатров против атопического дерматита
Раевская О.А., Москвичёва В.С.

Чрезмерная прибавка массы тела во время беременности и гестационный сахарный диабет чётко ассоциированы с повышением вероятности атопии у детей. Для новорождённых, чьи матери имели избыточный вес и ожирение до гестации, характерны молекулярные изменения кожного барьера и «стафилококковый дисбиоз» кожи — признаки повышенного риска экземы.

statusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

69 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ



Предугадывая успех

Стратегии профилактики рецидивов инфекций [по материалам выступления докт. мед. наук Н.И. Черновой]

Быкова О.А.

У современного клинициста есть все возможности сохранить репродуктивную функцию пациенток с рецидивирующим герпесом и нарушениями микробиоценоза. Для этого необходимо комплексное обследование, позволяющее выявить репродуктивно значимые инфекции, междисциплинарное взаимодействие и лечение согласно актуальным протоколам.

75 BACK-UP

Жёлтый лист осенний

Вульвовагинальная атрофия у женщин репродуктивного возраста
Соловьёва А.В., Жукова А.И.

Вульвовагинальная атрофия возникает при дефиците эстрогенов, и виной тому может быть множество причин помимо приближения менопаузы. Заместительная гормональная терапия — наиболее эффективный способ купирования неприятных симптомов. Однако многочисленные противопоказания к использованию этой группы препаратов обуславливают необходимость поиска других методов лечения.

83 МЕДПОЛИТ

Отрасль в смотровом кабинете

Настоящее и будущее амбулаторной гинекологии

Радзинский В.Е.

Радикальное изменение организации всей работы и всей идеологии женских консультаций и фельдшерско-акушерских пунктов необходимо для эффективной реализации как новых — репродуктивная диспансеризация! — так и хорошо забытых старых профилактических мероприятий. Появился также дополнительный уровень амбулаторной помощи — центры женского здоровья, которые оснащены современными технологиями, при этом сохранили участковый принцип работы.

88



Юбилейный матч

Десятая переключка перинатальных центров

Костин И.Н., Князев С.А.

Ставшая одним из самых значимых событий «Сочинских контраверсий» переключка перинатальных центров за время своего существования претерпела определённую модернизацию. Система оценки показывает различия между учреждениями и регионами, «подсвечивает» аномальные отклонения в отдельных показателях, что делает соревнование максимально честным.

92 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

время первых

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук,
проф. В.Е. Радзинский о плодотворном конструктивизме
и разрушительных противоречиях в современной медицине



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

В осеннем выпуске журнала SP редакция традиционно освещает главные моменты «Сочинских контраверсий». Анализируя все события, произошедшие в рамках уже **18-го конгресса**, можно отметить точное соответствие программы мероприятия законам драматургии. Как и в сценарии к художественному произведению, каждая секция имела **зачин** — доклад или обозначение обсуждаемой темы, **основное действие** — вопросы участников и дискуссия, а также **развязку** — выводы, озвученные модераторами. Кроме того, **кульминацией** ключевых заседаний стало голосование, лёгшее в основу **резолюции**, которая опубликована в текущем номере и наших социальных сетях.

Положения этого согласительного акта перекликаются с тезисами, которые озвучил в рамках конгресса «Национальное здравоохранение-2024» 29 октября президент РФ В.В. Путин. В частности, для выполнения «задачи №1» — народосбережения — необходима эффективная работа **превентивной медицины**. Именно поэтому **первичная помощь** — самая востребованная часть медицинской службы. Совокупная нагрузка на неё превышает **1 млрд** посещений в год.

Обращаясь к участникам конгресса «Национальное здравоохранение-2024» — преимущественно к организаторам здравоохранения, — президент отметил необходимость настойчивого и последовательного формирования у наших соотечественников **стремления заботиться о своём здоровье**, в том числе не пропускать плановые обследования. Оздоровление населения невозможно без активного участия самих граждан. Со следующего года будут установлены налоговые вычеты для тех, кто проходит **диспансеризацию**. Однако для увеличения продолжительности жизни лишь повышения охвата недостаточно. Впрочем, как и для сохранения репродуктивного потенциала.

Напомню, увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году, а также повышение суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 и до 1,8 соответственно — **национальные цели развития** Рос-

[Прицельное внимание к репродуктивному здоровью населения страны привело к появлению отдельной — репродуктивной — **диспансеризации**. Однако её целесообразнее внедрить в программу общих осмотров.]

сийской Федерации. Именно поэтому определять эффективность профилактических мероприятий нужно не только по количественным, но и по качественным характеристикам. В резолюции по итогам «Сочинских контраверсий» чётко обозначена необходимость учитывать **результаты оздоровления** пациенток в период диспансерного наблюдения, в том числе в женских консультациях, ФАПах и детских поликлиниках.



Увеличения продолжительности жизни и повышения суммарного коэффициента рождаемости невозможно достичь без главного — здоровья населения. Именно **всеобщая диспансеризация** обеспечивает предикцию рисков, профилактику и своевременное лечение выявленных заболеваний. Прицельное внимание к репродуктивному здоровью привело к появлению отдельной — репродуктивной — диспансеризации. Однако её целесообразнее внедрить в программу общих осмотров. Кроме того, необходимо **актуализировать порядок** диспансеризации, **исключить разночтения** с иными регламентирующими документами. Возрастные границы диспансерного наблюдения также нуждаются в **расширении**: начиная с 11-летнего возраста и продолжая до постменопаузы. Более широкий охват обеспечит и снижение материнской смертности, и формирование **репродуктивной мотивации** (которая не должна подменяться ограничениями для прерываний беременности по желанию женщины), и увеличение **многодетных** семей (что очень сложно без активного участия бабушек).



Важно правильно расставить акценты. **За рождаемость врачи не отвечают**. Ни специалисты репродуктивной медицины, ни представители других направлений. Функционал акушеров-гинекологов

чётко обозначен в профессиональном стандарте. Прегравидарная подготовка, оздоровление беременных, грамотное ведение родов, лечение бесплодия, контрацептивное консультирование, выявление и назначение терапии гинекологических заболеваний, оценка факторов риска патологических изменений репродуктивной системы и устранение/уменьшение их влияния... И это лишь краткое перечисление «крупными мазками» того, за что мы действительно отвечаем.



С 1 января 2025 года начнётся реализация национального проекта «Семья», в рамках которого будет построено свыше 360 женских консультаций, закуплено новое оборудование и оснащение. За последние годы многое сделано для охраны материнства и детства, в том числе создана система современных перинатальных центров, включающая 175 учреждений по всей стране. Выстроена **«эффективная маршрутизация пациентов»** — и это оценка президента.

Действительно, колоссальными усилиями и организаторов, и врачей нам удалось добиться **минимальной в истории младенческой смертности** — 4 на 1000 родившихся живыми. Повод для гордости? Безусловно. Это чрезвычайно значимый интегративный индикатор истинного (а не формального) качества помощи, которую получают пациенты и амбулаторно, и в стационарных условиях.



Не секрет, что для большинства показателей качества медицинской помощи (теперь уже речь идёт о том, которое подразумевают регламенты) существуют нормативы, от которых напрямую зависит финансирование. При сравнении фактических значений и «долженствующих» можно сделать выводы о проблемах конкретного учреждения, города, региона и даже целой страны, а также

разработать мероприятия, направленные на «исправление недочётов». Однако такой стандартизирующий подход на практике не всегда эффективен. Сложности бывают и с кадровым, и с материально-техническим обеспечением.

С одной стороны, нет ничего плохого в стремлении к эталону. Напротив, это отличная мотивация делать больше и лучше. Однако в погоне за желаемыми показателями **нельзя терять связь с реальностью** и здравый смысл. Это, к сожалению, всё же порой случается...



В 2024 году **перекличка** перинатальных центров — уже **10-я!** — собрала полный зал на «Сочинских контраверсиях», а развернувшаяся дискуссия грозила нарушить регламент. Сравнение показателей, обмен мнениями, высказывания о наболевшем, заключения экспертов — краткое содержание активного диалога, в котором **откровенно** озвучивают существующие проблемы. Но разговор мог быть и жёстче!

Интеллигентно обозначенное проф. Игорем Николаевичем Костиным как **«аномалия»** фантастическое соотношение мертворождаемости к ранней неонатальной смертности в отдельных учреждениях — 30:1 или 18:1 — не чем иным, как враньём быть не может. Надо перестать убеждать себя и других в существующих «аномалиях», называть вещи своими именами и не дожидаться, когда «аномалией» займутся другие исследователи, как это случилось в Калининграде!



Современная врачебная практика немыслима без **юридической грамотности**. Так уж сложились обстоятельства, что сегодня специалистам нужно сохранять настороженность в отношении не только патологических состояний, но и потенциально конфликтных ситуаций, протекающих в жалобы и судебные разбирательства.

Количество исков к медикам растёт из года в год. Именно поэтому и в журнале, и на мероприятиях мы регулярно разбираем принципиальные изменения нормативно-правовой базы с **подробным и понятным разъяснением** влияния

[**Необходимо актуализировать порядок диспансеризации, исключить разночтения с иными регламентирующими документами. Возрастные границы диспансерного наблюдения также нуждаются в расширении.]**

на нашу деятельность, отвечаем на вопросы читателей и подписчиков в социальных сетях, а также учитываем их при формировании научных программ.



Каждый наш большой конгресс мы начинаем с клинично-правового разбора. Чаще всего для наглядности юрист и врач рассматривают две ситуации, например *near miss* и материнскую смерть. Это позволяет пошагово проанализировать каждый этап и понять, как **избежать неблагоприятных исходов** для всех участников действия. Так было и в этом году в Сочи.

Чтобы не стать фигурантом одного из громких дел, муссируемых в СМИ, нужно стараться не допускать конфликтных ситуаций с пациентами. В то же время **разногласия** между специалистами вполне допустимы и **бывают даже полезны**, например, если их **аргументированное** обсуждение проходит в дружелюбной атмосфере. Это нам подтвердили результаты батлов-контраверсий — оригинального формата заседаний, в которых эксперты защищали противоположные позиции.

Прижигать или наблюдать эктопию шейки матки, использовать турникетный гемостаз или эмболизацию маточных артерий при вращении плаценты, каковы реальные и мнимые опасности гестагенов, так ли эффективен нитевой лифтинг при пролапсах, как утверждают адепты вмешательства? Именно по этим вопросам эксперты высказывали мнения, а участники отдавали свои голоса в пользу одной из позиций с помощью **приложения SPNavigator**. С результатами вы можете ознакомиться в текущем выпуске.



Беспрецедентное количество онлайн-просмотров «Сочинских контраверсий» в этом году говорит о том, что коллеги, желающих присоединиться к мероприятию, было значимо больше, чем добравшихся очно. Именно поэтому для тех, кто по каким-то причинам не смог присутствовать лично, мы публикуем обзор основных моментов в статье **«Как это было?»**. Каждый читатель сможет разделить с нами эмоции этих насыщенных дней и, надеюсь, получит толчок мотивации для пересмотра графика в следую-

[Помощь возрастным пациенткам — крайне важное направление нашей работы. Увеличение рождаемости связано не только со здоровьем молодых женщин — без здоровых бабушек многодетных семей не бывает.]



© Хайратдинов Ринат / фотобанк Лори

щем году, включив в него сентябрьскую поездку в Краснодарский край.



В заключение хочу напомнить ещё об одном чрезвычайно важном направлении нашей работы — помощи пациенткам в постменопаузальном периоде. Увеличение рождаемости, повторю, связано не только со здоровьем женщин репродуктивного возраста — **без здоровых бабушек многодетных семей не бывает**.

Именно акушеры-гинекологи глубже и серьёзнее продвинулись на ниве антиэйджинга по сравнению с коллегами других специальностей. Выяснилось, что даже лучше представителей самых что ни на есть «антиэйджинговых» разделов медицины (кардиология, неврология, онкология, эндокринология). Врачи этих направлений часто имеют об анти-аге-концепции очень приблизительное представление, искренне заблуждаясь и подменяя **истинно предиктивный подход** — своим «наболевшим» и рутин-

ным: качественным лечением **уже имеющих** заболеваний.

То, в каком состоянии человек встретит старость, в первую очередь зависит от него самого: от стойкости его желания сохранить бодрость тела и духа, от того, какие **усилия** он готов к этому приложить. Наша задача — дать правильное направление: вовремя обратить внимание на первые признаки нездоровья, оценить риски нарушений и помочь с выбором инструментов для борьбы с ними.

Нельзя умалять значимость специализированной помощи. В частности, тазовые хирурги совершают настоящее чудо, возвращая качество жизни больным с тяжелейшими пролапсами. Однако **не допустить** этих, по сути, инвалидизирующих осложнений — задача специалистов амбулаторного звена, которые консультируют пациенток женских консультаций и ФАПов. Такое оно, бремя первых! **SP**



StatusPraesens

Мед полит

Для библиографических ссылок

• Радзинский В.Е. Настоящее и будущее амбулаторной гинекологии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №5 (108). — С. 83–87.

• Костин И.Н., Князев С.А. Десятая переключка перинатальных центров // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №5 (108). — С. 88–90.

отрасль в смотровом кабинете

Настоящее и будущее амбулаторной гинекологии



Автор: Виктор Евсеевич Рагзинский, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы (Москва)

В России 2024 год стал **Годом семьи** — государство и общество прилагают большие усилия по созданию условий для рождения первенцев в молодых семьях, укрепления **репродуктивного здоровья**, поддержки многодетных и многопоколенных семей, а также для формирования здоровой моды на многодетность.

Российскому здравоохранению, и в первую очередь акушерам-гинекологам, важно правильно распределить имеющиеся силы и потенциальные возможности. Достичь успеха в реализации поставленных целей непросто — «жить в обществе и быть свободным от общества нельзя»...

Социальные условия для выполнения поставленных демографических задач далеки от идеальных. С 1989 года доля россиянок репродуктивного возраста **сократилась на 5%**, а для «активного» репродуктивного возраста падение составило **34% (!)**. Средний возраст рождения первого ребёнка в 2022 году в России составляет 28 лет, а для всех рожениц он равен 31,6 года.

При этом 17% российских семей хотели бы иметь трёх детей и более — а в перспективе эта пропорция ещё вырастет! Успешная реализация государственной политики в сфере защиты семьи во многом зависит от репродуктивной мотивации и оздоровления нового поколения будущих матерей. Однако если первое условие принадлежит к социально-экономической сфере, то второе подведомственно медицинским работникам, и прежде всего акушерам-гинекологам **амбулаторного звена**.

Обновление системы

Современные методы наблюдения, непрерывное обучение медицинского персонала, а также облегчение доступа к специализированной помощи позволяет значительно **повысить уровень безопасности** как для матери, так и для будущего ребёнка. Эти меры создают благоприятную медицинскую среду, которая способствует восстановлению здоровья женщин и, как следствие, повышению **качества их жизни**.

Ни для кого из нас не секрет, что существующие схемы **диспансеризации** женщин реализованы «в полевых условиях» далеко не полностью — положения регламентирующих нормативных документов просто не выполняются. В свою очередь **прегравидарная подготовка** — комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий по подготовке пары к успеш-

[Не секрет, что существующие схемы диспансеризации женщин реализованы «в полевых условиях» далеко не полностью — постулаты нормативных документов просто не выполняются.]

ному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребёнка, оценке имеющихся факторов риска и устранению/уменьшению их влияния — охватывает **считанные проценты** желающих забеременеть¹.

О результатах **оценки репродуктивного здоровья** россиянок в возрасте от 18 до 49 лет говорить ещё рано — соответствующие методические рекомендации были утверждены Минздравом РФ лишь полгода назад². Тем не менее эта оценка по определению не касается подростков — репродуктивного резерва страны! — и бабушек в постменопаузе, которые служат главной опорой многодетных семей...

Радикальное изменение организации всей работы и всей идеологии женских консультаций (ЖК) и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) необходимо для эффективной реализации как новых — репродуктивная диспансеризация! — так и хорошо забытых старых мероприятий по сокращению заболеваемости и смертности. Есть и новый уровень амбулаторной помощи — создание **центров женского здоровья**. Оснащённые современными технологиями, но сохраняющие участковый принцип работы (паспорт участка) в условиях цифровизации, они смогут осуществить оздоровление женщин всех возрастных групп. В дополнение к этому **смотровой кабинет** должен стать неотъемлемой структурой поликлиники для взрослых.

{ молодых лет

Важный элемент укрепления фертильного потенциала, который нельзя упускать из внимания организаторам здравоохранения, — создание полноценного **гинекологического модуля в детских поликлиниках**. Гинекологическая заболеваемость подростков в дальнейшем создаёт препятствия для успешной реализации репродуктивных планов, и речь не только об отдалённых последствиях инфекций, передаваемых половым путём. Так, показано, что олигоменорея в пубертате ассоциирована с повышением вероятности обращения к специалистам по поводу лечения бесплодия в течение жизни³.

Преодоление **гинекологических нарушений**, своевременный подбор противозачаточных средств в рамках **контра-**

[**Радикальное изменение организации всей работы и всей идеологии ЖК и ФАП необходимо для эффективной реализации как новых, так и хорошо забытых старых профилактических мероприятий.**]

цептивного консультирования и репродуктивного просвещения девушек — без этого современная «детско-подростково-гинекологическая» помощь невозможна. Для максимального успеха лечебно-профилактических мероприятий необходимо обеспечить преемственность между детской поликлиникой и женской консультацией в отношении пациенток промежуточного «опасного» возраста 15–18 лет.

Беременность и современность

Несомненно, основной контингент ЖК — **женщины репродуктивного возраста**. При этом его структура не остаётся неизменной, поскольку **средний возраст** женщины в России с годами растёт — и это естественный результат увеличения продолжительности жизни.

Из этого следует рост доли беременных с экстрагенитальными заболеваниями, даже без учёта пандемии COVID-19 преобладающими в структуре материнской смертности в последние два десятилетия, — у одной женщины в среднем выявляют 2,1 заболевания!

Согласно данным Росстата, в России у 20–40% пациенток беременность наступает в условиях железодефицитной анемии (ЖДА), а распространённость ферродефицита у женщин репродуктивного возраста достигает 50–60%⁴. Это проблема глобального масштаба, и с 2016 года ВОЗ рекомендует всем менструирующим женщинам принимать профилактическую дозу (30–60 мг элементарного железа) ежедневно в течение 3 мес подряд в году⁵. Однако почти нигде в мире эту программу реализовать не удалось.

«Золотой стандарт» оценки запасов железа в организме — определение концентрации **сывороточного ферритина**. ВОЗ озабочилась проблемой исследования уровней этого белкового комплекса в популяции много лет назад, тем не

менее сейчас этот анализ **необязателен**. В реальности это исследование назначают лишь при диагностическом поиске ряда заболеваний, когда беременные уже испытывают серьёзные проблемы со здоровьем.

При этом отсутствие многосторонней диагностики ЖДА при беременности опасно, поскольку анемия ассоциирована с повышением риска многочисленных патологических состояний матери, плода и ребёнка. В мае 2024 года депутаты Государственной думы РФ от фракции «Новые люди» направили обращение на имя министра здравоохранения РФ М.А. Мурашко с предложением ввести **обязательный бесплатный анализ** уровня ферритина в сыворотке крови беременных⁶, и их инициативу можно лишь поддержать.

Один из неблагоприятных аспектов ЖДА беременных — повышение частоты **нарушений биоценоза** влагалища, особенно в III триместре⁷. Как результат, в родах у таких пациенток наблюдают наибольший объём кровопотери и высокую частоту разрывов промежности I–II степени.

{ системные трудности отрасли

Как организована **защита беременных** от осложнений сегодня? Их доля в структуре контингента ЖК составляет около **6%**, но совершенно иная картина возникает при оценке пропорции приходящих на них посещений! Для Москвы она равна приблизительно 28%, а по России может достигать **60%**!

В чём причина? Предписанное порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» 2020 года⁸ снижение количества явок **с семи до пяти** эффекта не дало — на практике оно достигает 10–15. И это часто не самодеятельность врачей-перестраховщиков, а аккуратное соблюдение



локальных актов, регламентирующих наблюдение за беременными без оглядки на текст приказа Минздрава РФ. Ещё одна причина — **неоптимальная тарификация** медицинских услуг.

В результате гинекологические больные нередко остаются без необходимой помощи в перегруженных ЖК — преодолеть эти трудности возможно только организационно. Во-первых, необходимо исходить из того, что функционалы врача акушера-гинеколога и **акушерки** различны. Создание отдельных рабочих мест для них базальтернативно, поскольку кабинеты **говрачебного приёма** повышают производительность труда более чем вдвое.

Второй элемент — **«безотказная» диспансеризация** по основному **экстрагенитальному заболеванию** в поликлинике. Изменения нормативной базы позволят лечить таких беременных амбулаторно по территориальному принципу и обеспечивать при необходимости госпитализацию в профильные отделения стационаров вместо лежания «на сохранении» в акушерско-гинекологических подразделениях под наблюдением не несущих ответственности за свои назначения консультантов.

Ещё один важный этап — тщательная профилактика осложнений, для которой необходимы адекватная **прегравидарная подготовка** и хорошо спланированная **диспансеризация**.

Проблема кустодиевского размера

В последние десятилетия популяция пациенток стала в среднем не только старше, но и существенно «крупнее» — **ожирение** неотступно преследует российских женщин. Хотя они чаще мужчин имеют нормальную массу тела (39,4 против 30,9% в 2023 году), но и ожирение

у них распространено шире — 20,7%, если учитывать все три степени, против 16%⁹. Значение этого «толстого обстоятельства» для акушера-гинеколога весьма велико, поскольку ожирение — важный **самостоятельный фактор риска** многочисленных патологических состояний¹⁰.

- Нарушения менструального цикла.
- Бесплодие.
- Трудности при использовании вспомогательных репродуктивных технологий.
- Прерывание и различные осложнения/неблагоприятные исходы беременности и родов.
- Гиперплазия эндометрия.
- Рак:
 - эндометрия;
 - яичников;
 - молочных желёз.

С «утяжелением» популяции онко-настороженность приобретает новые грани. Не секрет, что повышение индекса массы тела означает рост **риска рака эндометрия**. Это заболевание преимущественно поражает женщин в постменопаузе, но его распространённость растёт и в перименопаузе¹¹.

Отражая изменения популяции, в нашей стране рак эндометрия уже потеснил рак шейки матки — в 2023 году в России выявлено около 26 тыс. новых случаев заболевания злокачественными новообразованиями тела матки¹². Составители профильных клинических рекомендаций подчёркивают, что средний темп прироста заболеваемости составляет около 3% в год¹³. Проблема далека от решения — и её тяжесть усугубляет **отсутствие** в настоящее время **реального скрининга** на рак эндометрия.

Скрининговые неоднозначности

Маммологический и цервикальный скрининг пусть и не вполне оптимальны, но существуют — вот только их полноценная

реализация невозможна без количественного и качественного рывка вперёд. Сейчас **недостаточная эффективность** гинекологического онкоскрининга обусловлена не только частым игнорированием женщинами дат профилактических осмотров и обследований. Многочисленные сбои в системе часто включают отсутствие адекватной обратной связи между врачами-диагностами и ответственными за ведение и маршрутизацию пациентки акушерами-гинекологами.

Развитие системы **первичной медико-санитарной помощи** предусматривает строительство **новых ФАП и использование мобильных медицинских комплексов**, а также организацию ежегодных профилактических медосмотров. В любом случае при охвате целевой популяции онкоскринингом менее 80% нельзя ожидать от него существенных успехов.

За менопаузальным рубежом

По прогнозам Росстата, к 2030 году численность населения 60 лет и старше составит **36,5 млн человек**. В октябре 2024 года геронтологи отметили, что наибольший рост показывает возрастная группа старше 80 лет — именно от них зависит рост **ожидаемой продолжительности жизни** в стране. Для врачей всех специальностей — в том числе для акушеров-гинекологов — это означает большую и специфическую гериатрическую нагрузку.

В первую очередь это ведение пациенток с **проlapsами тазовых органов (ПТО)**. Перинеология в самом широком понимании — не просто одна из самых контраверсионных, но и одна из самых парадоксальных отраслей современной гинекологии, вопросы которой едва ли не самые запутанные в мировой медицине. Тем не менее почти каждый акушер-гинеколог вынужден становиться перинеологом...

Частота ПТО в общей мировой популяции взрослых пациенток, по данным крупного обзора 2024 года, равна **30,9%** (95% ДИ 24,4–38,2%; $p < 0,001$; $I^2 = 99,8\%$)¹⁴. Несомненно, ПТО ассоциированы с возрастом, — по российским данным, в коррекции тазового дна в 2002 году нуждались 60% женщин

[Развитие системы первичной медико-санитарной помощи предусматривает строительство новых ФАП и использование мобильных медицинских комплексов, а также организацию профилактических медосмотров.]

60 лет и старше, а 20 лет спустя — уже 73%. При этом необходимо признать: в гинекологических отделениях пластические операции промежности делают неохотно.

Нельзя сбрасывать со счетов и ведущий **ятрогенный фактор** риска ПТО — рассечение промежности в родах. Это вмешательство не укорачивает длительность второго периода и не снижает интранатальную смертность, а также не связано с оценкой новорождённых по шкале Апгар. Зато 80% разрывов переходят в перинеальные разрывы...

Возможности профилактики постменопаузальных нарушений, включая ПТО, сегодня основаны на назначении **менопаузальной гормональной терапии** (МГТ). МГТ, начатая в первые 10 лет постменопаузы, — это возможность замедлить или даже исключить нижеперечисленные осложнения.

- Прибавка массы тела и развитие абдоминального ожирения.
- Инсулинорезистентность.
- Артериальная гипертензия.
- Нарушение обмена липидов.
- Потеря минеральной плотности костной ткани и хряща.
- Снижение мышечной массы.
- Утрата когнитивной функции.
- Генитоуринарный менопаузальный синдром.

МГТ и оперативное лечение — или служащие им альтернативой терапия фитоэстрогенами и пессарии — обеспечивают перинеологический **антиэйджинговый эффект**, способный сохранить качество жизни женщины.



Стратегические задачи амбулаторного звена акушерско-гинекологической помощи в третьем десятилетии XXI века известны.

- Диспансеризация девочек и девушек (до 18 лет — в детской поликлинике).
- Диспансеризация женщин фертильного и постменопаузального возраста.
- Выявление и оздоровление женщин с ПТО и недержанием мочи.
- Организация смотровых кабинетов во «взрослых» поликлиниках.
- Создание в ЖК кабинетов доврачебного приёма акушеров.
- Полноценная реализация программ цервикального и маммологического скрининга.
- Обеспечение малых диагностических и лечебных хирургических вмешательств, в том числе с организацией дневного стационара.
- Реабилитация.

Для полноценного обеспечения этих целей необходимо усовершенствовать нормативную и материальную базу. Тем не менее их успешная реализация будет зависеть не только от организаторов здравоохранения, но и от **рядовых врачей** амбулаторного звена. Демографические показатели от них никоим образом не зависят, но спрос за сохранение здоровья пациенток всех возрастов с них! **SP**

Библиографию см. на с. 92–95.

Залаин®

ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ

Более 15 международных
и российских исследований¹

Активен в отношении грибов
Candida albicans и *Candida non-albicans*²

Низкий риск
рецидивов³

1 свеча на
курс лечения⁴



Залаин® – оригинальный современный антимикотик для лечения кандидозного вульвовагинита

- 1 Публикации могут быть предоставлены по требованию.
- 2 С. Palacin et al. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2000 v 71 S37-S46.
- 3 Л.С. Лорытова, Н.Д. Гаспарян и соавт. Акушерство и гинекология 2008; 3: 54-56.
- 4 Инструкция по применению ЛП ЗАЛАИН® суппозитории вагинальные, РУ: ЛП-Н(000265)-(ПФ-РУ) от 04.06.2021.



2000001454794 от 29.03.2024 РЕКЛАМА

ООО «ЭГИС-РУС», 121552, г. Москва,
ул. Ярцевская, д. 19, блок В, 13 этаж



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ
МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Для библиографических ссылок

- Москвичёва В.С. Обзор батлов-контраверсий XVIII Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №5 (108). — С. 11–15.
- Доброхотова Ю.Э., Мартынова М.А. Что поможет повысить комплаентность пациенток к лечению? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №5 (108). — С. 16–20.

**via
scien
tia
rum**

к барьеру, доктора!

Обзор батлов-контраверсий XVIII Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

Автор-обозреватель: Виктория Сергеевна
Москвичёва, StatusPraesens (Москва)

Вербальные дуэли — чрезвычайно популярный формат в СМИ. Высокие рейтинги телепередач, выступающих **площадкой для столкновения** противоположных мнений, легко объяснить. Зрители получают и «хлеб» — новую информацию для размышления в виде аргументов, и «зрелище» — эмоциональную разрядку за счёт выброса адреналина. Особого «перца» добавляет возможность **присоединиться к батлу**, например, оказавшись в эфире посредством телефонного звонка или внеся свою лепту в победу одной из сторон, отправив голос за оппонента, позиция которого вам ближе.

Этим весьма экспрессивным форматом мы решили дополнить программу XVIII **«сочинских контраверсий»**. Если мероприятие научное, это же не значит, что оно должно быть скучным! И не прогадали. Все участники сего действия нашли его крайне увлекательным и чрезвычайно полезным, поскольку темы, поднятые на обсуждение, были выбраны самые злободневные.

В 2024 году XVIII Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» стал ареной четырёх акушерско-гинекологических **батлов**. Ведущие эксперты страны встретились на интеллектуальном ринге, отстаивая противоположные позиции. Победителя в прениях определяли участники в зале с помощью **интерактивного голосования** в приложении **SPNavigator**, а независимый рефери объявлял итоги. Получилось так захватывающе и при этом конструктивно, что редакция решила кратко осветить каждое из состоявшихся «сражений».

Гемостаз при вращении плаценты: турникет или эндоваскулярные методы?

В Красном зале Зимнего театра 6 сентября врачи собрались для обсуждения тактики действий при **вращении плаценты**, учитывая тенденцию к **органосохраняющим** вмешательствам. Участникам предстояло определить, какой метод целесообразнее использовать для остановки кровотечения. **Оппоненты**: канд. мед. наук Ильяс

[Ведущие эксперты страны встретились на интеллектуальном ринге, отстаивая противоположные позиции. Победителя определяли участники с помощью интерактивного голосования в приложении SPNavigator.]

Александрович **Куликов** (позиция А) и проф. Албир Алмазович **Хасанов** (позиция Б). **Рефер** выступил проф. Сергей Владимирович **Барин**ов. В качестве **экспертов** к обсуждению присоединились проф. Ильдар Фаридович **Фаткуллин** и проф. Роман Георгиевич **Шмаков**.

Позиция А. Оптимальный метод оперативного лечения вращающейся плаценты — турникет.

В качестве аргументов, свидетельствующих в пользу дистального компрессионного гемостаза, канд. мед. наук И.А. **Куликов** указал отсутствие необходимости специального дорогостоящего оборудования, рентгенооперационной и присутствия сосудистого хирурга. Кроме того, такой метод подходит для **экстренной помощи** и может быть выполнен в учреждении II уровня. Эти характеристики делают его более доступным по сравнению с эндоваскулярными оперативными вмешательствами, а также позволяют **экономить** время и материально-технические **ресурсы**. Продолжительность гемостаза, которую обеспечивает турникет, достаточна для всех этапов метропластики¹.

[К преимуществам дистального компрессионного гемостаза можно отнести отсутствие необходимости специального дорогостоящего оборудования, рентгенооперационной и присутствия сосудистого хирурга.]

Оппонент также представил актуальные данные Видновского перинатального центра, в котором специалисты используют турникетный гемостаз с **тампонадой влажной** вагинальным катетером Жуковского*. На протяжении 6 лет медиана объёма кровопотери составляет 1 л. Доля органосохраняющих вмешательств — 99,2% (n=262).

В свою очередь катетеризация с окклюзией магистральных артерий или селективная эмболизация маточных сосудов не исключает кровотечения полностью. При этом они могут быть ассоциированы с ишемическими и тромботическими **осложнениями**².

Позиция В. Эмболизации маточных артерий — метод выбора.

Проф. А.А. **Хасанов** отметил, что эмболизация маточных артерий и регионарных сосудов — **высокотехнологичный метод** остановки кровотечения, который позволяет снизить объём кровопотери, а также сохранить репродуктивную функцию³. Спикер обратил внимание участников на документ 2022 года, согласно которому эксперты Международной федерации акушеров-гинекологов (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, FIGO) рекомендуют именно этот подход при рефрактерных кровотечениях, не купируемых нехирургическими способами, при наличии обученного персонала и необходимого оборудования⁴.

Оппонент отдельно рассмотрел нюансы диагностики вращающейся плаценты. В частности, **субтракционная ангиография** правой и левой маточных артерий обладает достоверностью 91%. Однако после использования этого метода **пути назад нет**. Врач должен действовать. Как именно? В первую очередь это зависит от того, каким методом владеет бригада — турникетом или эмболизацией. Неэффективность последней достигает

- эффективность;
- стоимость;
- доступность;
- риски, ассоциированные с методом.

В рамках дискуссионного раунда высказали своё мнение и другие специалисты. Доц. Татьяна Борисовна **Макухина** поделилась опытом своего региона. Одна из клинических баз кафедры акушерства и гинекологии Кубанского ГМУ — **перинатальный центр** в структуре крупного многопрофильного стационара. Согласно краевой маршрутизации, всех пациенток с вращающейся плаценты госпитализируют именно в это учреждение. В нём организована работа мультидисциплинарной бригады, которая использует **обе методики**⁵.

Доц. Т.Б. **Макухина** отметила, что в 2019 году по количеству выполненных эмболизаций маточных артерий краевой перинатальный центр вышел на 1-е место в РФ, затем в нём начали использовать турникет. В текущем году их доли сопоставимы — 39 эндоваскулярных редукций кровотока и 37 вмешательств с дистальным компрессионным гемостазом.

К прениям также подключился доц. Фарид Ильдарович **Фаткуллин** — зав. родильным отделением перинатального центра г. Казани. Он призвал коллег принимать решение о способе остановки кровотечения индивидуально в каждой клинической ситуации. При этом он признался, что свой голос отдаёт за турникет ввиду того, в частности, что сбор бригады для использования высокотехнологичного метода может занять продолжительное время, которого в распоряжении часто попросту нет.

Несмотря на тот факт, что большинство проголосовавших были солидарны с доц. Ф.И. Фаткулиным и выбрали позицию А, эксперты призвали использовать тот метод, который доступен в медицинском учреждении. Кроме того, канд. мед. наук Тамара Николаевна **Белюсова** отметила, что эффективность технологии во многом зависит от **опыта** врачей. Однако это не повод отказываться от новых для стационара подходов. В частности, Владислав Борисович **Зубенко** подтвердил хорошие

* Барин С.В. Комбинированный подход к сохранению матки при заболеваниях спектра приращения плаценты // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2023. №6 (103). С. 69–75.

результаты временной баллонной окклюзии сосудов (внутренних или общих подвздошных артерий, аорты) в снижении объёма кровопотери⁶.

Эктопия шейки матки: «прижигать» или подождать?

В Зелёном зале Зимнего театра 8 сентября разразилась не менее оживлённая дискуссия между **оппонентами** докт. мед. наук Антониной Виталиевной **Легиной** (позиция А) и проф. Ольгой Павловной **Виноградовой** (позиция В). Обсуждаемая тема — тактика действий врача при выявлении **эктопии шейки матки**. **Рефери** выступила проф. Анна Генриховна **Кедрова**.

Эктопия шейки матки — распространение однослойного цилиндрического эпителия, который обычно покрывает эндоцервикс, за пределы наружного зева *cervix uteri*. Это состояние, а также связанную с ним плоскоклеточную метаплазию считают **естественными** и **физиологическими**⁷. При этом существуют методы, направленные на восстановление морфологической структуры ткани, включая деструктивные вмешательства (в том числе «прижигание») и медикаментозную терапию.

Процесс физиологической метаплазии почти всегда приводит к уменьшению или ликвидации эктопии. Однако это происходит медленнее, чем после инвазивного вмешательства.

Позиция А. Эктопию следует «прижигать», поскольку она сохраняется многие годы и в ситуации присоединения инфекции обуславливает поддержание хронического воспаления, повышающего вероятность серьёзных осложнений. Это состояние может препятствовать своевременной диагностике неоплазий и других заболеваний.

Защитником **активной тактики** выступила докт. мед. наук А.В. **Легина**. Она представила следующие аргументы.

- Естественное восстановление ткани — достаточно медленный процесс, что повышает риск неблагоприятных последствий.
- Зона трансформации и метапластический эпителий — наиболее уязвимые участки для возникновения диспластических процессов. Результаты исследований это подтверждают: у женщин с эктопией отмечают значимо более высокую частоту выявления ВПЧ, выступающего основной причиной рака шейки матки⁸. Кроме того, такие женщины имеют повышенный риск заражения ВИЧ⁸.
- Инфекции, передаваемые половым путём (включая заболевания, обусловленные *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae*), преимущественно поражают железистый эпителий, что делает представительниц прекрасного пола с эктопией более уязвимыми к этим заболеваниям⁹.
- Цервикальную интраэпителиальную неоплазию (как высокой, так и низкой степени тяжести) чаще выявляют у женщин с эктопией шейки матки, чем у пациенток без неё¹⁰.

[Шейка матки принимает активное участие в защите от инфекционных агентов. Эту функцию выполняет как многослойный, так и цилиндрический эпителий.]

Таким образом, лечение, ускоряющее восстановление многослойного эпителия, имеет ряд весомых преимуществ по сравнению с выжидательной тактикой, включая снижение риска дисплазии и рака шейки матки, а также инфекционных заболеваний.

Позиция В. Эктопия цилиндрического эпителия — не заболевание, это вариант нормы. Согласно клиническим рекомендациям, необоснованная деструкция эктопии и нормальной зоны трансформации при неоплазии не предупреждает прогрессию патологических процессов в скрытой части цервикального канала, однако затрудняет диагностику.

Аргументацию в поддержку **выжидательной тактики** представила проф. О.П. **Виноградова**. Она напомнила, что шейка матки принимает непосредственное участие в защите внутренних органов от инфекционных агентов. Эту функцию выполняет как многослойный, так и цилиндрический эпителий.

Факторы, вызывающие эктопию шейки матки, до конца не изучены. В этом качестве рассматривают влияние окружающей среды и половых гормонов, изменение рН и хроническое воспаление. При исключении негативного воздействия со временем чаще всего происходит смещение переходной зоны в область наружного зева, и эктопия исчезает¹¹.

Несмотря на длительные дискуссии о целесообразности хирургического вмешательства при эктопии, а также большое количество работ, посвящённых вопросам повышения эффективности лечения, частота рецидивов остаётся достаточно высокой¹².

К дискуссии подключился Алексей Евгеньевич **Голубенко**. Он сравнил лечение эктопии с превентивной овари- и мастэктомией при отягощённом семейном анамнезе по раку молочной железы или при выявлении мутаций в генах *BRCA1* и *BRCA2*. Такая тактика не принята в нашей стране ввиду её контрверсионности. При этом степень риска в этих двух ситуациях несопоставима. Следовательно, вмешательство при эктопии совершенно нецелесообразно.

Перед объявлением результатов батла рефери проф. А.Г. **Кедрова** обратила внимание участников дискуссии на значимость **комплексного обследования пациентки**, коррекцию массы тела, дисгормональных и метаболических нарушений. Оздоровление женщины не может быть ограничено лечением эктопии.

В ходе голосования большинство участников поддержали позицию В, то есть наблюдательную тактику. В заключительной части заседания проф. А.Г. **Кедрова** отметила, что при отсутствии жалоб и ВПЧ 16-го и 18-го типов нет необходимости в лечении. Однако должно быть организовано наблюдение как минимум на 6 мес.

[Провокационные тематики заседаний позволяют шире взглянуть на рутинную проблему, а также мотивируют даже самых скромных ораторов поделиться личным взглядом на решение клинических задач.]

Гестагены и печень: границы разумного

В Голубом зале ГК «Жемчужина» 8 сентября докторам предстояло под непривычным углом взглянуть на одну из самых назначаемых групп препаратов в акушерско-гинекологической практике — гестагены. Каков их реальный вклад в частоту **лекарственно-индуцированных гепатитов** и что можно сделать для повышения безопасности терапии? В обсуждении этих вопросов приняли участие **оппоненты** доц. Евгений Юрьевич **Юпатов** (позиция А) и доц. Ирина Аркадьевна **Аргунова** (позиция Б). **Рефер** — проф. Анна Александровна **Олина**.

Позиция А. При невынашивании и в программах ЭКО использование гестагенов абсолютно необходимо и безопасно. Акушер за!

Доц. Е.Ю. **Юпатов** выступил в защиту гестагенов. Эти препараты имеют важное значение для ВРТ и преодоления женского бесплодия. Однако необходимо чётко регламентировать в нормативных документах дозы, сроки использования этой группы лекарственных средств, а также возможные и недопустимые комбинации.

Использование гестагенов в репродуктивной медицине предусмотрено несколькими профильными клиническими рекомендациями^{13–16}:

- «Выкидыш (самопроизвольный аборт)»;
- «Привычный выкидыш»;
- «Преждевременные роды»;
- «Истмико-цервикальная недостаточность».

Согласно инструкциям по применению препаратов, нежелательные реакции со стороны печени и желчевыводящих путей классифицированы как **нечастые**. Главное — назначать лекар-

ственное средство при наличии **реальных показаний** и не допускать необоснованной полипрагмазии.

Позиция В. Гестагены при невынашивании и ЭКО до 34 нед гестации — провокация внутрипечёночного холестаза и зуда беременной. Терапевт против!

Доц. И.А. **Аргунова** отметила тот факт, что гестагены, которые используют для профилактики невынашивания и в программах ЭКО, всё-таки могут вызывать лекарственно-индуцированное повреждение печени^{17,18}. При появлении кожного зуда и/или росте трансаминаз во время гестации обязательно нужно собрать лекарственный анамнез. Отмена гестагенов позволяет купировать лёгкое поражение, однако если концентрация АЛТ составляет 100 МЕ/л и более — необходимо назначить соответствующее лечение.

При выявлении клинико-лабораторных маркёров холестаза нужно проанализировать необходимость гестагеновой поддержки и по возможности её **отменить**. Если этого нельзя сделать, целесообразно обсудить на врачебной комиссии допустимость **снижения суточной дозы** до минимальной.

Согласно результатам **голосования**, участникам оказалась ближе позиция акушера-гинеколога. Однако при обсуждении все согласились, что продолжительность использования гестагенов должна быть разумной и комбинировать препараты этой группы друг с другом — нецелесообразно.

[При выявлении маркёров холестаза нужно проанализировать необходимость гестагеновой поддержки. Если отменить её нельзя, целесообразно рассмотреть вариант снижения суточной дозы до минимальной.]

Нитевой лифтинг против пролапса

В Золотом зале ГК «Жемчужина» 8 сентября специалисты активно обсуждали проблему пролапса тазовых органов, а именно позволяет ли **нитевой лифтинг** с ней справиться. **Оппоненты**: канд. мед. наук Милана Султановна **Лологаева** (позиция А) и проф. Евгений Юрьевич **Глухов** (позиция Б). **Рефер** — проф. Александр Николаевич **Рымашевский**.

Позиция А. Нитевой лифтинг не лечит пролапс тазовых органов.

Канд. мед. наук М.С. **Лологаева** отметила, что нитевой лифтинг не предназначен для устранения пролапса тазовых органов. Эта методика обеспечивает лишь сближение поверхностных мышц и мягких тканей. Следовательно, она не позволяет получить достаточное укрепление тазового дна, однако подтвердила эффективность при использовании у пациенток с сексуальной дисфункцией и эстетическими дефектами промежности^{19,20}.

Позиция В. Нитевой лифтинг не лечит пролапс тазовых органов. Однако он профилактирует его прогрессирование.

Проф. Е.Ю. **Глухов** подтвердил, что с помощью нитевого лифтинга нельзя избавиться от пролапса тазовых органов. Тем не менее этот метод позволяет ликвидировать зияние половой щели и уменьшить проявления стрессового недержания мочи, иногда даже анальной инконтиненции, в том числе в комбинации с другими нехирургическими подходами. Рекомендовать нитевой лифтинг целесообразно в следующих клинических ситуациях.

- При планировании беременности после осложнённых самостоятельных родов для восстановления качества жизни.
- При наличии показаний к реконструктивно-пластической операции у женщин, которые не рассматривают хирургическое вмешательство.
- Возрастным пациенткам с целью сужения входа во влагалище и улучшения качества половой жизни.
- Женщинам с тяжёлым пролапсом тазовых органов для подбора и установки вагинального пессария.

При рубцовой деформации промежности и выраженном зиянии половой щели добиться **полного смыкания** с помощью нитевого лифтинга невозможно. Однако это не говорит об отсутствии эффекта. Получить более значимое функциональное и косметическое улучшение позволяет сочетание этого метода с другими технологиями²¹, например с введением филлера на основе гиалуроновой кислоты.

Абсолютное большинство участников в зале согласились, что нитевой лифтинг — эффективная процедура, но только в своей нише. Её нельзя противопоставлять радикальному хирургическому вмешательству.



Несмотря на **единодушие**, царившее на площадках, в рамках каждого дискуссионного раунда звучали новые идеи, дополнения, оригинальные данные. Более того, если голосовавшие врачи номинально соглашались с одним из вариантов, рефери озвучивали какую-либо оговорку. При всей миролюбивости состоявшихся батлов, каждый из оппонентов оказывался под шквалом вопросов.

Подводя итог, можно сделать вывод — участников «Сочинских контраверсий» трудно заманить в ловушку ложных дилемм. Однако **провокационные тематики** позволяют шире взглянуть на рутинную проблему и мотивируют даже самых скромных ораторов поделиться собственным взглядом на решение клинических задач. Чрезвычайно полезный и живой формат оказался. Будем повторять! **SP**

Библиографию см. на с. 92–95.

Резолюция по итогам XVIII «Сочинских контраверсий»

Интерактивное голосование с помощью приложения SPNavigator было организовано не только на площадках дискуссионных батлов, но и в рамках **общественного обсуждения ключевых тем XVIII Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»**. Анализ полученных результатов позволил сделать следующие основополагающие **выводы**.

- Достижение **целевых показателей** по повышению суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 к 2030 году и до 1,8 к 2036 году, установленных в указе президента России №309 от 7 мая 2024 года, требует **комплексных мер**, направленных на репродуктивную мотивацию и оздоровление подростков, молодых женщин и мужчин.
- **Репродуктивная мотивация** не должна подменяться созданием препятствий для прерывания беременности по желанию женщины — нужна системная просветительская работа по сохранению репродуктивного здоровья с подросткового возраста и созданию установки на рождение первого ребёнка в возрасте 20–29 лет.
- Необходимо погрузить репродуктивную диспансеризацию в **единую женского населения** по возрастам. Для этого **актуализировать порядок диспансеризации**, исключить разночтения с другими регламентирующими документами и усилить контроль за его исполнением. Второй этап диспансеризации (уточнение диагноза после скрининга) должен осуществляться согласно клиническим рекомендациям.
- Оценка эффективности профилактических мероприятий должна проводиться **не только по охвату диспансеризацией, но и по результатам оздоровления** пациенток в период диспансерного наблюдения в женских консультациях, ФАПах и детских поликлиниках. Уровень материнской смертности напрямую зависит от качества работы женских консультаций и ФАПов.
- Необходимо обеспечить активное выявление и своевременное начало лечения гинекологических заболеваний **у девочек с 11 лет и у женщин старше 49 лет**. Увеличение рождаемости связано не только со здоровьем женщин репродуктивного возраста — без здоровых бабушек многодетных семей не бывает.
- Необходимо предусмотреть внедрение **доврачебного приёма акушерками** поликлиник и женских консультаций. Кроме того, в сельской местности нужно увеличить число ФАПов, укомплектованных акушерками, **независимо от количества женского населения**, что связано с недопустимостью замещения фельдшерами-мужчинами 0,5 ставки акушерки: они не могут выполнять их функции, осуществлять диспансеризацию и осмотр женщин на кресле — отсюда 38% гинекологических раков.
- Необходимо обеспечить диспансерное наблюдение и лечение **больных беременных** в профильных стационарах (госпитальный этап) и территориальных поликлиниках по месту прикрепления (амбулаторный этап), для чего **во все клинические рекомендации** по экстрагенитальным заболеваниям внести разделы о ведении пациенток в период беременности.
- На региональном уровне необходимо **чётко регламентировать взаимодействие профильных специалистов** поликлиник и акушеров-гинекологов женских консультаций, обеспечить выполнение требований приказа Минздрава РФ №1130н к маршрутизации беременных с сопутствующими заболеваниями в профильные отделения, а также **обеспечить мониторинг** состояния беременных, госпитализированных в неакушерские стационары.



И ВНОВЬ ОТГРЕМЕЛИ фанфары

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

«Год кончается, другой начинается». Именно так говорили на Руси о сентябре. Почти весь урожай собран, утихает летняя суета, наступает время подвести **итоги**, построить **планы** на будущее...

Вот уже в 18-й раз специалисты репродуктивной медицины собрались в Сочи, чтобы «сверить часы», пообщаться с коллегами, проанализировать отраслевые изменения и... **с новыми силами** начать год. Да, мы, как и наши предки, начинаем профессиональный год в сентябре, и эта традиция неизменна уже 18 лет. Давайте вспомним, каким был этот праздник науки.

Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» объединяет врачей амбулаторного и стационарного звена, докторов клиник вспомогательных репродуктивных технологий и частных медицинских центров, специалистов смежных направлений, организаторов здравоохранения и юристов. У нас много общего, главное — **любовь к тому, что мы делаем**. В то же время мы можем совершенно по-разному смотреть на одни и те же явления, спорить, приходить к консенсусу или не соглашаться с оппонентами. И это прекрасно, поскольку означает, что репродуктивная медицина в нашей стране «живой организм», который растёт и развивается в соответствии с вызовами современности, адаптируясь к новым условиям силами тех, **кому не всё равно**.

В 2024 году семинар посетили 3917 участников, ещё 2438 присоединились онлайн. Географические масштабы особенно впечатлили организаторов: 12 стран и 84 региона РФ, несмотря на возможные «логистические коллизии».

С 6 по 9 сентября в 18 залах гостеприимных площадок Зимнего театра и гранд-отеля «Жемчужина» практически в режиме нон-стоп проходили лекции, дискуссии, мастер-классы, круглые столы, авторские курсы, тренинги и школы. В рамках 477 секций прозвучало **974 доклада** от 665 спикеров — выдающихся учёных, врачей-практиков, экспертов. Количество **онлайн-просмотров** за все дни работы семинара составило рекордные 11 901.



6–9 сентября
2024 года
СОЧИ



XVIII Общероссийский семинар
«Репродуктивный потенциал России:
ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»





Рабочие будни семинара начались, как обычно, с **утренне-го прекурса**. В этом году темой разбора парных случаев материнской смерти и near miss стал акушерский сепсис. Такой формат **«разминки для ума»** вызывает большой интерес участников. Даже раннее начало заседания — в 8 часов утра — не стало препятствием для того, чтобы в практически переполненной аудитории активное обсуждение и комментарии не утихали вплоть до запланированного регламентом открытия семинара. Да и после этого фрагменты прекурса **множественно упоминали** эксперты в своих выступлениях.

Торжественное открытие — всегда ожидаемая и волнительная часть мероприятия. Это своего рода **метроном**, задающий ритм остальным событиям семинара. Тема открытия в этом году весьма символична — «Контраверсии репродуктивной

медицины: практические действия в Год семьи». Кому, как не акушерам-гинекологам, лучше всего известны и основные достижения, и проблемы на пути оздоровления матерей и детей в наше непростое время. Помимо **программных выступлений** спикеров, конечно, нельзя обойти вниманием и праздничные моменты, которых в этом году было немало. Так, состоялась церемония награждения победителей **переключки перинатальных центров** по версии MAPC за 2023 год. **Опыт коллег** — прекрасная база для анализа и стартовая площадка для собственных свершений.

Ещё одной традицией «Сочинских контраверсий» стало приветствие победителя акции **«Счастливый подписчик»**. Так и хочется процитировать классику советского кино: «Каждый год 31 декабря мы с друзьями ходим в баню. Это у нас такая



традиция». Почти по первоисточнику, только, конечно, не в бане, а в рамках Предновогоднего вебинара SP разыгрывает приз — пожизненную подписку на журнал StatusPraesens и поездку на следующие «Сочинские контраверсии». В этот раз счастливым подписчиком стала Инна Юрьевна **Бессуднова**, акушер-гинеколог из Балашихи (Московская область). Мы **продолжаем** эту акцию в благодарность нашим читателям за доверие и интерес к журналу. Присоединяйтесь!

Красота. Именно она стала лейтмотивом встречи лауреатов 12-й Национальной премии «Репродуктивное завтра России». Едва ли можно отыскать другую профессию, столь созвучную самому термину «красота», ведь она немислима без здоровья, а сохранять здоровье — и есть наша работа. На церемонии особая атмосфера **изысканного торжества** — замечательный по-

вод сменить белый халат на вечернее платье и смокинг. Самое главное и неизменное в этом мероприятии — искреннее признание заслуг врачей и учёных самых разных направлений в кругу коллег. Целый вечер на сцене играл оркестр «Жизнь прекрасна» — звёздный состав виртуозов — участников одной из телепрограмм. Редчайшее явление среди множества церемоний награждения — только **живой звук!** И всё это — ни много ни мало медицинский «Оскар».

Уютной и камерной стала внепрограммная сессия **«Говорят дети врачей»**. Мы не впервые предоставляем слово будущему поколению, но всякий раз с большой любовью и нежностью **самые родные** люди наших коллег — их дети — говорят о родителях, о том, как мы все нужны друг другу и как важна семейная поддержка в любых начинаниях.



В формате краткого пост-релиза сложно описать **всю палитру** научной составляющей семинара. Можно с уверенностью сказать, что докладчики выполнили **колоссальную работу**, собрав для выступлений самую актуальную информацию, чётко выверив все данные, которые спикеры представили интересно, понятно и исчерпывающе. Важное **мерило качества** научной программы — практическая применимость полученных знаний. Особая атмосфера **свободных** дискуссий и контраверсий позволяет любому врачу задать вопрос, получить подтверждение своим умозаключениям или **настроить** «систему координат». Самое главное — поднять свой профессионализм **на новую высоту**. Мы точно знаем, что достичь столь амбициозных целей можно, ведь раз за разом слышим ваши добрые отклики, читаем письма и сообщения после семинара и, конечно, прислушиваемся к коммента-

ям. Кроме того, редакционная команда **SP** вела **собственное расследование**, отыскивая всё самое интересное и полезное. Результаты вы непременно увидите на страницах текущего и будущих выпусков журнала.

«Сочинские контраверсии» стали площадкой для **презентации** большого числа монографий по самым разным направлениям медицины. В 2024 году увидели свет научно-информационные открытки «Поисково-спасательная орфанология» под ред. Т.А. Боковой, 2-е издание книги авторства Т.Н. Бебневой и С.И. Петренко «Кольпоскопия. Атлас» под ред. В.Е. Радзинского, 2-е издание книги «Анемии и репродуктивное здоровье», написанной А.В. Соловьёвой и Н.И. Стуковым, под ред. В.Е. Радзинского, а также «Эрратология. Диссертация по клинической медицине» авторства В.Е. Радзинского, М.Б. Хамошиной,



И.Н. Костина и других экспертов, «Очерки эндокринной гинекологии: от синдрома к диагнозу и выбору терапии» (2024) под ред. В.Е. Радзинского. Врачи с большим энтузиазмом встретили **клинические протоколы МАРС** — новые рекомендации «Синдром патологических выделений из половых путей женщины», актуализированный документ «Неразвивающаяся беременность в анамнезе: реабилитация и подготовка к следующей гестации» (v. 3.0).

Специализированная выставка **«Главврач XXI века»** собрала в рамках экспозиции **158** российских и зарубежных компаний-участниц. Представители познакомили делегатов семинара с передовыми достижениями в фарминдустрии, инновациями в сфере медицинского оборудования и современными технологиями диагностики, лечения и реабилитации пациенток с различными патологическими состояниями.

Четыре насыщенных дня семинара позади. На черноморском побережье нашлось место и интеллектуальному труду, и отдыху, и душевному общению с коллегами. На «контраверсиях» всегда много научной информации, да такой, что порой приходится буквально **бегом** перемещаться между залами, чтобы не пропустить ничего интересного. И, конечно, Сочи в бархатный сезон **необыкновенно прекрасен**, щедр на солнце, уютен и весел. Словом, это лучшее место и время, чтобы в череде непростых врачебных будней получить возможность **перезагрузки**.

В календаре конференц-активности напротив дат 6—9 сентября 2024 года уже стоит отметка **«проведено»**, однако впереди нас ждёт ещё **немало научных мероприятий**. Мы уверены, что они будут столь же интересными для практикующих специалистов. Планируйте наши встречи и, конечно, поездку в Сочи на будущий год. **SP**



юбилейный матч

Десятая переключка перинатальных центров



Авторы: Игорь Николаевич Костин, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ им. М.П. Кончаловского, доц. той же кафедры (Москва)

Стартовавшая в 2014 году и ставшая одним из самых значимых событий «Сочинских контраверсий» переключка перинатальных центров (ПЦ) в этот раз получилась **юбилейной** — десятой. За время своего существования система оценки претерпела определённую **модернизацию**: в настоящее время статистическая обработка включает 24 переменные, полученные из заполняемых участниками анкет, общее число которых за 10 лет достигло 424.

Разработанная «отцом-основателем» переключки — проф. Игорем Николаевичем Костиным — система не только **показывает различия** между учреждениями и регионами, но и **«подсвечивает»** те или иные аномальные отклонения в отдельных показателях. Это повышает ответственность и делает соревнование максимально честным.

Итак, какие же результаты показали в 2023 году участники юбилейного «матча»?

В минувшем году демография не давала повода для **избыточного оптимизма**, однако отличалась от 2022 года в лучшую сторону: естественная убыль населения снизилась с 599 до 495 тыс. Произошло это не из-за повышения рождаемости, как бы нам хотелось, а **за счёт падения смертности**, в основном связанной с коронавирусной инфекцией. Детей же родилось на 41 тыс. меньше, чем годом ранее.

Насколько это снижение отразилось на показателях работы акушерской

службы и что нам ждать в будущем, мы расскажем в выводах. Сначала по традиции представим краткую характеристику участников переключки.

Состав команд и дисциплин

В юбилейном соревновании сошлись команды **47 ПЦ**, четыре из которых не пропустили ни одного мероприятия,

а трое новичков присоединились впервые. Как уже было сказано выше, рейтинг рассчитывается по **24 переменным**, некоторые из них, например частота кесаревых сечений, используют в отраслевой государственной статистике, другие — опубликованы эксклюзивно лишь на переключке.

Для **большей объективности** все учреждения разделили на две группы — городские и региональные (краевые), поскольку условия, в которых они функционируют, различаются кардинально.

Рапортуют регионы

Краевые и областные учреждения по-прежнему приносят большую долю родов в стране — 56%, но в числовом выражении показатель меньше, чем годом ранее: 712 против 761 тыс. Падение рождаемости приводит к **уменьшению рентабельности учреждений**: в 2015 году среднее число родов в региональных ПЦ составляло 5173, в 2023-м — 4600. Ещё сильнее снизился поток рожениц в учреждениях I и II уровней (с 2016 года на 74 и 20% соответственно), поскольку отток пациенток на III уровень продолжился и вырос за указанный период на 55%.

Доминирование мощных учреждений в маршрутизации может быть и **спорным**, поскольку такой выбор не всегда обоснован, особенно для беременных низкой степени риска, но для досрочного родоразрешения оно не просто оправдано, это **жизненно необходимо**. Какую картину мы при этом наблюдаем? С одной стороны, доля преждевременных родов в роддомах I уровня за последние 8 лет снизилась на 73%, II уровня — на 51%, с другой — всё ещё можно встретить **неожиданные отклонения** от этой тенденции. Например, в Благовещенске на I уровне проходит 8% досрочных родов, в Иркутске — 6,8%, в Якутске — 4,2%. Особенно тревожно ситуация с маршрутизацией выглядит в двух последних городах, поскольку там на I уровне проходит самая большая доля сверхранных преждевременных родов: 12,1% (Иркутск) и 4,3% (Якутск).

Ситуация с родами ранее 28 нед не оптимальна и в некоторых учреждениях II уровня: в Гатчине их доля составляет 42,4%, в Ростове-на-Дону — 26,8%, в Челябинске — 26,2%. Возможное следствие этого — «лидерство» в показателях перинатальной смертности (ПС) при преждевременных родах: 1-е место — Гатчина (8,7‰), 5-е — Ростов-на-Дону (7,5‰). Поразительная картина в Иркутске (6,2‰)

и Якутске (5,2‰), где этот показатель ниже средней величины, несмотря на лидерство в нарушениях маршрутизации.

Однако в целом по стране **динамика явно положительная**: в учреждениях I уровня доля сверхранных преждевременных родов за 8 лет упала на 71%, II — на 57%, III — выросла на 23%.

Центры притяжения

Какую же ситуацию мы наблюдаем в ПЦ, участвующих в перекличке? Среднее число родов в них продолжает снижаться — с 4973 в 2020 году до 4596 в минувшем. Доля преждевременных родов также уменьшилась — с 10,4% в 2020-м до 9,2% в 2023-м, но вызвано это не снижением их в популяции, а увеличением процента всех родов в ПЦ. Разброс в частоте **сверхранных преждевременных родов** в ПЦ выглядит интересным: от 0,1 до 2,2%. Возможно, эти колебания обусловлены большой разницей между показателями общего числа родов: от 1071 до 9983, но заставляют задуматься о **качестве учёта**, поскольку именно эта категория новорождённых остаётся основным поставщиком случаев ПС.

Показатели последней также демонстрируют солидный разброс: от 2,2 до 20,8‰, однако высокие значения требуют уточнения. Тройка лидеров по уровню ПС: Симферополь (20,8‰), Челябинск (17,6‰) и Хабаровск (14,8‰). Одновременно они входят в группу **максимальных аккумуляторов преждевременных родов**: 12; 17 и 12,5% соответственно, в том числе сверхранных, которых там 1,6; 1,4 и 1,7% (**при средней величине по перекличке 0,7%**) от общего числа соответственно. Причём Симферополь демонстрирует устойчивое снижение показателя ПС за последние 4 года — **4,9‰**. Скорее всего эти три ПЦ «перетянули» на себя все беременности высокого риска в своих территориях, что доказывает макси-

мальная дельта между показателями ПС в регионе и ПЦ: Симферополь — 13,7‰ (максимальный в перекличке), Челябинск — 11,4‰ (2-е место), Хабаровск — 6,1‰ (6-е место). Последние два ПЦ демонстрируют свои возможности при досрочном завершении беременности: ПС в этом случае будет ниже на 5,1‰ (Челябинск) и 7,1‰ (Хабаровск), чем в регионе. Теперь попробуем погрузиться в отдельные детали работы ПЦ.

Практические навыки

Извечный вопрос: **как родоразрешать беременную высокого риска?** Всегда ли кесарево сечение однозначно лучше? Если взглянуть на результаты переклички, то однозначного ответа просто не может быть. Наиболее экстремальные результаты в Чебоксарах (ПС при кесаревом сечении 3,4‰, при родах через естественные родовые пути — 12,4‰) и Волжском (13,8 и 7,8‰ соответственно). Остальная масса промежуточных вариантов показывает, что **неутешительное резюме** «не тех режем» продолжает быть актуальным. Ещё больше этот разброс при преждевременных родах, где представителями крайних позиций выступили ПЦ Барнаула (ПС при досрочном родоразрешении через естественные родовые пути 200‰, при кесаревом сечении — 57,7‰) и ПЦ Новокузнецка (ПС при кесаревом сечении 108,5‰, при естественных преждевременных родах — 66,2‰).

Не менее впечатляюще выглядит **разброс в частоте кесаревых сечений** в ПЦ — от 16,6% в Первоуральске до 53% в Якутске, хотя возможно, что это последствия малой выборки — число родов в этих учреждениях 1071 и 2887 соответственно. Однако так нельзя сказать о Воронежском ПЦ, где при 5937 родах частота абдоминальных родоразрешений составила 45,1% и показатели ПС — 12,6‰. Естественно, что **коэффициент эффективности кесаревых сечений (КЭКС)*** в этом учреждении один из самых низких — 0,3. Простой рост кесаревых сечений не даёт эффекта, это показывает пример лидеров КЭКС.

* КЭКС позволяет анализировать результативность кесаревых сечений и оценивать влияние на ПС.

[Доминирование мощных учреждений в маршрутизации беременных может быть и спорным, поскольку такой выбор не всегда обоснован, но для досрочного родоразрешения оно жизненно необходимо.]

- Зеленоград: КЭКС — 16 (самый высокий), частота кесаревых сечений — 27,9%, ПС — 2,2‰.
- ПЦ при ГКБ №29 (Москва): КЭКС — 8,8, частота кесаревых сечений — 22,5%, ПС — 3,3‰.
- Наро-Фоминск: КЭКС — 8,3, частота кесаревых сечений — 25,5%, ПС — 3,2‰.

Однако в целом по всем ПЦ, участвующим в переключке, динамика положительная — доля ПЦ с низким и очень низким КЭКС снизилась с 56,4 до 40,4%. Следовательно, участие в этом мероприятии приносит свои положительные плоды.

От переключки к переключке улучшается также показатель **коэффициента индукции программированных родов** (КИПР): средняя величина по всем ПЦ в 2021 году (когда его ввели в перечень расчётных показателей) составила 14,6, в 2022-м — 17,2, в 2023-м — уже 22,5. При этом в некоторых ПЦ успешность индукции впечатляет: КИПР в Архангельске — 163,9, Барнауле (Гущина) — 100,2, Кемерово — 53,9. В аутсайдерах по этому показателю ПЦ Сургута и Якутска (Сергеляхское) — 0,2.

Невозвратные потери

Самая безрадостная часть переключки посвящена гибели матерей, детей и плодовым потерям. Отрадно, что за четыре самых сложных года (2020–2023) в 22 ПЦ, что составляет 47% от всех участвовавших в переключке, не погибло ни одной женщины. Средний коэффициент **материнской смертности** за этот период — 4,1 на 100 тыс. живорождений.

Картина **перинатальных потерь** разнообразнее и содержит в себе определённые странности. При среднероссийском соотношении мертворождаемости к ранней неонатальной смертности 3,6:1 в некоторых ПЦ эта величина отличается в разы: Хабаровск — 30:1, Наро-Фоминск — 18:1. Даже среднее соотношение по всем ПЦ отличается от такового по стране — 6,3:1. Объяснить эту аномалию сложно, если вообще возможно.

Удручающим выглядит **ПС среди доношенных детей** в нескольких ПЦ: Симферополь — 6,7‰, Барнаул (Гущина) — 4,7‰, Томск — 4‰. В то же время в другом ПЦ Барнаула («Дар»)

этот показатель равен нулю. Возможно, для первого учреждения сыграло роль небольшое количество родов — 2290, но в ПЦ «Дар» смогли не потерять ни одного доношенного ребёнка на 5696 родов.

Награждения и выводы

Все показатели озвучены и обсуждены, мнения высказаны. Наступает пора называть победителей.

Областные (краевые) ПЦ

- 1-е место — Нижневартковский окружной клинический перинатальный центр (Нижневартовск) — 71 балл.
- 2-е место — Алтайский краевой клинический перинатальный центр «Дар» (Барнаул) — 70 баллов.
- 3-е место — Дзержинский перинатальный центр (Дзержинск) — 66 баллов.

Городские ПЦ

- 1-е место — Наро-Фоминский перинатальный центр (Наро-Фоминск) — 72 балла.
- 2-е место — родильный дом ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана (Москва) — 70 баллов.
- 3-е место разделили несколько учреждений, каждое из которых набрало 67 баллов.
 - Перинатальный центр Саратовской ГКБ №8 (Саратов).
 - Перинатальный центр ГКБ им. М.П. Кончаловского (Зеленоград).
 - Видновский перинатальный центр (Видное).

После награждения дискуссия продолжилась. **Выводы** можно суммировать следующим образом.

- Рождаемость за последние годы уменьшается, что ведёт к снижению экономической эффективности ПЦ.
- Доля родов в учреждениях I уровня уменьшается («проблема I уровня»).
- Доля родов в учреждениях III уровня увеличивается (необходима жёсткая маршрутизация).
- Частота преждевременных родов (6%) — популяционный показатель, мало поддающийся профилактическим и лечебным мероприятиям.
- Доля преждевременных родов сроком менее 28 нед снижается, но со-

ставляет на I уровне 2,7%, на II — 10,1%.

- Изменение ПС в исследуемых регионах за последние 4 года колеблется в пределах статистической погрешности, в том числе и при преждевременных родах.
- Доля всех преждевременных родов в ПЦ составляет 10%, сроком менее 28 нед — 1%.
- ПС в ПЦ снижается за последние 4 года, в том числе и при преждевременных родах.
- Общий показатель ПС в ПЦ имеет тенденцию к снижению, при преждевременных родах он стабилен (70‰).
- ПС в ПЦ только на 2,1‰ выше, чем в регионах.
- Средняя частота кесарева сечения стабильна (36%), как и при преждевременных родах (54%).
- Доля доношенных детей в структуре ПС составляет 23%.



Юбилейный «матч» окончен, победители названы. А дальше? А дальше продолжается **обмен мнениями и информацией**, причём идёт он как на переключке, так и в соседних залах и площадках. С чем пришлось столкнуться, как сумели выйти из непростой ситуации, какие силы и ресурсы пришлось задействовать — оживлённые дискуссии вспыхивают в разных точках конференции. Коллеги со всей России делятся друг с другом собственным опытом и планами на будущее.

Именно за это хотелось бы поблагодарить организаторов этой замечательной площадки, на которой **научная мысль кипит**, а взаимоуважительная и благожелательная атмосфера позволяет задавать любые смелые вопросы и получать исчерпывающие ответы. По окончании семинара рядовые врачи и руководители ПЦ разбегутся по своим регионам и **будут использовать в работе** полученные знания. Насколько удачно они смогли ими воспользоваться — покажет следующая переключка ПЦ, проходящая, как всегда, в 3-й день «Сочинских кон-
траверсий». **SP**



spnavigator

Мобильное приложение



Электронные версии научных программ мероприятий — в мобильном приложении



Дайджесты
клинических
рекомендаций



МКБ-10



Калькуляторы
и чек-листы



Журнал
StatusPraesens



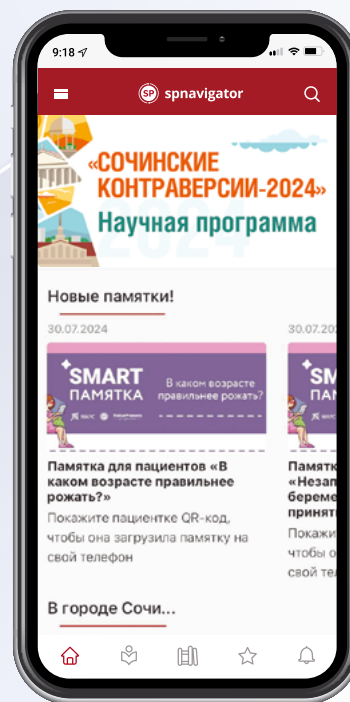
Клинические
рекомендации



Памятки
для пациенток



Научные программы



Мощный инструмент для профессионалов, которые ценят своё время и хотят расширить кругозор и опыт

Установи бесплатное приложение сейчас!