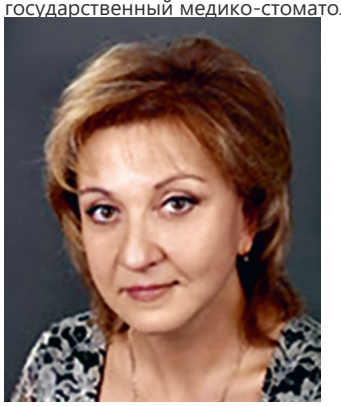
Участники издания

Главный редактор
Радзинский Виктор Евсеевич — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России, засл. деятель науки РФ
Научный редактор
Орехов Роман Евгеньевич — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России
Ответственные редакторы
Олина Анна Александровна — д-р мед. наук, проф., заместитель директора по развитию ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России
Оразов Мекан Рахимбердыевич — д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России
Авторский коллектив

Артымук Наталья Владимировна — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе

Артымук Владимир Анатольевич — адвокат, член адвокатской палаты Кемеровской области

Гончаревская Зоя Леонидовна — канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России



Доронина Ольга Константиновна — д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России

Каушанская Людмила Владимировна — д-р мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии № 1, руководитель симуляционно-аттестационного центра (НИИАП) департамента симуляционного обучения ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Князев Сергей Александрович — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России

Костин Игорь Николаевич — д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России

Лебеденко Елизавета Юрьевна — д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 3 ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Мингалева Наталия Вячеславовна — д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по амбулаторной акушерско-гинекологической помощи Минздрава Краснодарского края

Новикова Владислава Александровна — д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России

Оленев Антон Сергеевич — д-р мед. наук, зав. филиалом «Перинатальный центр» ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения г. Москвы», главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения г. Москвы

Олина Анна Александровна — д-р мед. наук, проф., заместитель директора по развитию ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта» , профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Оразов Мекан Рахимбердыевич — д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России

Орехов Роман Евгеньевич — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России

Пенжоян Григорий Артемович — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, член президиума Российского общества акушеров-гинекологов, засл. врач РФ

Участники издания

Радзинский Виктор Евсеевич — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России, засл. деятель науки РФ

Савичева Алевтина Михайловна — д-р мед. наук, проф., зав. отделом медицинской микробиологии ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, засл. деятель науки РФ

Соловьева Алина Викторовна — д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России

Хамошина Марина Борисовна — д-р мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России

Шестакова Ирина Геннадьевна — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России

Список сокращений и условных обозначений

♠ — торговое наименование лекарственного средства и/или фармацевтическая субстанция
℘ — лекарственное средство не зарегистрировано в Российской Федерации
АВ0 — система групп крови
АВ — аэробный вагинит
АГ — артериальная гипертензия
АД — артериальное давление
АМК — аномальные маточные кровотечения
АФС — антифосфолипидный синдром
БА — бронхиальная астма
ББ — бессимптомная бактериурия
БВ — бактериальный вагиноз
ВБ — внематочная беременность
ВВК — вульвовагинальный кандидоз
ВДКН — врожденная дисфункция коры надпочечников
ВДМ — высота дна матки
ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВМК — внутриматочная контрацепция
ВМС — внутриматочная спираль
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ВПГ — вирус простого герпеса
ВПР — врожденный порок развития
ВПС — врожденный порок сердца
ВПЧ — вирус папилломы человека
ВРТ — вспомогательные репродуктивные технологии
ВТЭО — венозные тромбоэмболические осложнения
ГБН — гемолитическая болезнь новорожденного
ГБП — гемолитическая болезнь плода
ГК — Гражданский кодекс
ГнРГ — гонадотропин-рилизинг-гормон
ГРЛС — Государственный реестр лекарственных средств
ГСГ — гистеросальпингография
ГСД — гестационный сахарный диабет
ГЭ — гиперплазия эндометрия
ДДМЖ — доброкачественная дисплазия молочной железы
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖК — женская консультация

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ЗГТ — заместительная гормональная терапия
ЗРП — задержка роста плода
ЗТ — зона трансформации
ИМП — инфекция мочевых путей
ИМТ — индекс массы тела
ИППП — инфекции, передаваемые половым путем
ИЦН — истмико-цервикальная недостаточность
КОЕ — колониеобразующая единица
КОК — комбинированный оральный контрацептив
КР — клинические рекомендации
КС — кесарево сечение
КТ — компьютерная томография
КТГ — кардиотокография
КТР — копчико-теменной размер
ЛГ — лютеинизирующий гормон
ЛНГ-ВМС — левоноргестрел-внутриматочная система
МАРС — Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины
МГВ — малый для гестационного возраста плод
МГТ — менопаузальная гормонотерапия
МЕ — международная единица
МЗ — Министерство здравоохранения
МКБ — Международная классификация болезней
МПКТ — минеральная плотность костной ткани
МПР — менструальноподобная реакция
МРТ — магнитно-резонансная томография
МССК — максимальная систолическая скорость кровотока
МСЭ — медико-социальная экспертиза
НЛФ — недостаточность лютеиновой фазы
НМГ — низкомолекулярные гепарины
НПВС — нестероидные противовоспалительные средства
ОЖ — окружность живота
ОМК — обильное маточное кровотечение
ОП — остеопороз
ОШ — отношение шансов
ПВ — привычный выкидыш
ПГТТ — пероральный глюкозотолерантный тест
ПИ — пульсационный индекс
ПМП — предполагаемая масса плода
ПНЯ — преждевременная недостаточность яичников
ПР — преждевременные роды
ПЦР — полимеразная цепная реакция
ПЭ — преэклампсия
РМЖ — рак молочной железы
РТ — ретикулярное тельце
РШМ — рак шейки матки
РЭ — рак эндометрия
СД — сахарный диабет
СМА — средняя мозговая артерия
СНИЛС — страховой номер индивидуального лицевого счета
СПКЯ — синдром поликистозных яичников
ТК — Трудовой кодекс
ТТГ — тиреотропный гормон
ТЭО — тромбоэмболические осложнения
УЗ — ультразвуковой
УЗИ — ультразвуковое исследование
УК — Уголовный кодекс
ФАП — фельдшерско-акушерские пункты
ФЗ — федеральный закон
ФПН — фетоплацентарная недостаточность
ФСГ — фолликулостимулирующий гормон
ХА — хромосомные аномалии
ХГЧ — хорионический гонадотропин человека
ЦПО — церебро-плацентарное отношение
ЦРБ — центральная районная больница
ЧСС — частота сердечных сокращений
ЭКО — экстракорпоральное оплодотворение
ЭМОЛТ — эритроцитная масса, отмытая от лейкоцитов и тромбоцитов
ЭТ — элементарное тельце
ЯБ — язвенная болезнь
β-ХГЧ — β-субъединица хорионического гонадотропина человека
BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) — система данных результатов визуализации молочных желез
CIN (*Cervical intraepithelial neoplasia*) — внутриэпителиальная неоплазия шейки матки
COVID-19 (*COronaVIrus Disease 2019*) — острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV)
ESHRE (European society of human reproduction and embryology) — Европейское общество по репродукции человека и эмбриологии
FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) — Международная федерация гинекологов и акушеров
Hb — гемоглобин
HbA1c — гликированный гемоглобин
HE4 — секреторный белок эпидидимиса человека 4

Список сокращений и условных обозначений

HSIL (*High Squamous Intraepithelial Lesion*) — поражения высокой степени
Ig — иммуноглобулин
LSIL — низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения
PAP-тест — мазок Папаниколау
PAPP-A (*pregnancy-associated plasma protein-A*) — связанный с беременностью плазменный протеин А
PlGF — плацентарный фактор роста
RMI — индекс риска малигнизации
sFlt — растворимая fms-подобная тирозинкиназа

Важно для понимания (вместо предисловия)

Преодоление недостатков в работе женских консультаций (ЖК) как первичного звена медицинской помощи началось несколько лет назад с издания «Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи». Это привело к радикальному изменению **функционала** врача ЖК (2015). Во-первых, были **ликвидированы** в территориальных ЖК так называемые субспециальности: *гинеколога-эндокринолога, гинеколога*

детского возраста, специалиста по болезням шейки матки, лечению бесплодия, невынашивания, климактерического синдрома, маммолога. Как и во всем цивилизованном мире, акушер- гинеколог — комплексный специалист по всем вопросам гинекологического здоровья.
Очередной импульс совершенствованию работы первичного звена был дан в Послании Президента РФ Федеральному Собранию (2019): **преодоление «развала» первичного звена** — жесткое перераспределение сил и средств на **содержание и повышение эффективности** работы фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), сельских врачебных амбулаторий, поликлиник, ЖК. Первое издание настоящей монографии состоялось в 1983 г.Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. Киев: Здоровье, 1983. и выдержало ряд переизданий, последние — в 2010 и 2021 гг. в издательстве «ГЭОТАР-Медиа»Женская консультация: руководство / под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 2021.. Это были годы радикальных изменений в здравоохранении, его организации, создания трехуровневой системы медицинской помощи, прежде всего акушерской, во главе с региональными перинатальными центрами. Настало время суммировать результаты и вооружить врача первичного звена необходимыми знаниями, особенно нужными не только в профессиональной, но и в правовой составляющей современной деятельности акушера- гинеколога.
25 декабря 2018 г. впервые в нашей стране подписан Указ Президента о **клинических рекомендациях** (КР) как основном регламентирующем деятельность врача документе. Уже изданные и готовящиеся КР, достаточно полно освещающие проблемы медицины репродуктивных органов, постоянно совершенствуются (1 раз в 6 мес) и пересматриваются (1 раз в 3 года). По их исполнению оценивается *качество медицинской помощи* руководящими и контролирующими органами, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и, что немаловажно, органами юстиции. Аккредитация врачей, в том числе акушеров-гинекологов, также базируется на знаниях изданных КР.
Для работы в медицинских организациях всех форм собственности КР надо *иметь* Удобная форма и полный состав КР представлены в электронном ресурсе Медиабюро Status Praesens «SP НАВИГАТОР». Они уже сохранены в мобильных телефонах всех участников научно-практических форумов, обучающих семинаров и мастер-классов SP (с 2019 г.) и бесплатно высылаются по запросам всем акушерам-гинекологам страны., *знать*, *исполнять*.
Задача оказалась не такой простой. Прежде всего, нелегко поддается перестройке психологический барьер: «Меня так учили…», «Мой стаж 10–20–30 лет, и я успешно лечу своих пациенток…» и т.д. **Придется перестроиться**, а для этого следует знать — *как*? Бывает трудно понять, что не предусмотренные КР средства назначать нельзя. Так, «любимый» дротаверин не входит в КР «Невынашивание беременности». Привычное его назначение — это *ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей*, то есть статья, по которой чаще всего обвиняют врачей. Смешно? Не надо улыбаться. Если во время **опорожнения** матки от неразвивающейся беременности *кюреткой* случится перфорация (иногда с ранением кишки) — это уже уголовная статья «Причинение тяжкого вреда здоровью» в силу все того же «ненадлежащего исполнения врачебных обязанностей». **Нет кюретки ни в одних КР** — только медикаментозное прерывание и вакуум-аспирация! Об артифициальном аборте и говорить не приходится.
Подобные неприятности подстерегают врача ЖК на каждом шагу. Недавний судебный пример (Репродуктивный потенциал России: конгресс, 2019). Женщина наблюдалась у одного и того же врача до беременности, во время нее и в послеродовом периоде, а вскоре после родов умерла от… рака шейки матки (РШМ). Ее обследование до и во время беременности признано не соответствующим действующим нормативным актам, а именно: до беременности материал для цитологического исследования забирался шпателем, а во время гестации цитологическое исследование вообще не проводилось! Почему? Ответа у опытного (26 лет стажа) врача нет.
Преодоление существующих недостатков в работе ЖК предполагает **знание** ситуации, реальных возможностей профилактики и лечения, а также недоказанных методов диагностики и лечения, отсутствующих в отечественных КР. Современная **демографическая политика** в условиях снижения рождаемости предусматривает высокую оценку каждой желанной беременности и ее благополучное завершение. Этому препятствует ряд объективных обстоятельств: увеличение среднего репродуктивного возраста российских женщин и первых родов — до 30 лет (!) на фоне достоверного роста гинекологической и соматической заболеваемости, прежде всего ожирения. С ним связан резкий рост гестационного (и не только) диабета и… впервые в истории — рака эндометрия (РЭ): в структуре гинекологических раков он занимает второе место после рака молочной железы (РМЖ), обогнав РШМ без тенденции к снижению заболеваемости последнего. Гинекологическая помощь в ЖК менее эффективна, чем акушерская, и требует реорганизации по таким разделам, как *скрининги* РМЖ, РЭ, РШМ; выполнение всех *биопсий* эндометрия только аспирационно: в ЖК — амбулаторно или в дневном стационаре под контролем офисной гистероскопии; своевременная диагностика (6 мес) и лечение (6 мес) *бесплодия*. Ановуляторное бесплодие, нейроэндокринные синдромы, дисменореи — все это в функционале гинеколога. Болезни шейки матки — важный, не полностью освоенный раздел работы каждого участкового гинеколога. *Кольпоскопия и деструкция очагов дисплазии* шейки матки — его прямая обязанность. **Своевременная** диагностика и направление на **хирургическое лечение пролапсов** тазовых органов и недержания мочи — неисполняемый аспект в решении проблем не только з-доровья, но и качества жизни женщин, особенно в условиях увеличения продолжительности жизни и пенсионного возраста. Наконец, самая частая причина визита к гинекологу — *влагалищные выделения* — камень преткновения многих врачей и в гинекологии, и в акушерстве. Без понимания различий эмпирической и этиологически обоснованной терапии процесс назначения «патентованных» рекламируемых средств грозит стать неисправимым. **Три** плохо поддающихся искоренению психологических барьера — **излишки** обследования (анализы «на все инфекции», «на все гормоны» с последующим «лечением этих анализов»); **ненужная** госпитализация (гипердиагностика «угрожающего невынашивания» и направление в стационар, дородовая госпитализация без показаний); **непоказанное** лечение лекарственными средствами, не имеющими регистрации в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС). Яркий пример — Магне В6♠, упорно назначаемый для «сохранения беременности» препарат, не имеющий никаких показаний для лечения гестационных осложнений. Полипрагмазия — непреодоленная врачебная агрессия, к тому же бессмысленная: за последние 60 лет количественные показатели **невынашивания** (включая преждевременные роды) не изменились. Ну и самое страшное в реалиях современности — необоснованная антибактериальная терапия, формирующая **антибиотикорезистентность**, что уже сказалось ростом смертности от послеродовых инфекций. Не только знание, но и умение пользоваться современными технологиями — это и есть **функционал врача**.

Важно для понимания (вместо предисловия)

Важно знать: функционал врача подразумевает знание и выполнение им требований ПорядкаЗдесь и далее имеется в виду приказ Приказ МЗ РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”». и КР, но **обеспечение** всеми необходимыми условиями и предметами, инструментами — **обязанность работодателя**. И это не заведующий ЖК, а **главный врач медицинской организации**, в которой трудоустроен акушер-гинеколог. Это означает, что врач не должен делать мазки шпателем или обходиться без патронажа: он должен уведомить заведующего и главного врача об отказе работать в условиях недостаточного материально-технического и кадрового обеспечения. Пренебрежение этой гражданской позицией чревато неприятностями… для врача. Преодолеть грядущие возможные недоразумения можно только современными знаниями своего предмета и действующих нормативных документов.
Руководство, которое вы держите в руках, написано в соответствии с самыми современными опубликованными нормативными актами, содержит ссылки на КР и в условиях пандемии острой респираторной инфекции, вызываемой коронавирусом SARS-CoV-2 (COVID-19, *COronaVIrus Disease 2019*), первые рекомендации по ведению беременности в чрезвычайных эпидусловиях и при заражении коронавирусом. Для подготовки книги потребовались усилия ведущих экспертов страны. Желаем успешной работы всем врачам-гинекологам России (а нас более 35 тыс.).
Авторы

Глава I. Организация работы женской консультации

Амбулаторно-поликлиническая акушерско-гинекологическая помощь
Первичная медико-санитарная помощь является основным звеном системы здравоохранения. В этом звене оказание амбулаторной акушерско-гинекологической помощи возложено на принципиально отличную от всех остальных, созданную в советские годы специально для оздоровления женщин и их потомства, не имеющую аналогов в мире организацию, названную ЖК, — лечебно-профилактическое учреждение, **обеспечивающее** охрану **репродуктивного здоровья** женского населения. Работа врачей ЖК с использованием современных медицинских технологий показала высокую эффективность, прежде всего в снижении **материнской смертности**, благодаря профилактике осложнений беременности, родов и послеродового периода, наблюдению и лечению гинекологических больных, работе по вопросам планирования семьи. Не достигнуты желаемые результаты в снижении онкогинекологической заболеваемости: РМЖ, тела и шейки матки, яичников. Не до конца реализованы возможности ЖК в снижении перинатальной заболеваемости и смертности плодов и новорожденных, лечении бесплодного брака. Недостаточно внедряются технологии выявления и своевременного лечения пролапсов половых органов, сексуальных дисфункций, профилактики абортов (любая контрацепция лучше даже медикаментозного аборта), менопаузальных расстройств. Основные задачи первичной медико-санитарной помощи женскому населению — профилактика, раннее выявление и лечение гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое просвещение, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

Радикально переоснащенные в конце XX — начале XXI в. ЖК и дневные стационары при них становятся основными учреждениями медицинских организаций для всех видов гинекологической помощи, ориентированной на профилактику и диагностику нарушений репродуктивного здоровья женщин, онкологических и гинекологических заболеваний, нарушений в климактерии и их осложнений.
ЖК участвуют в реализации национальных целей развития Российской Федерации по обеспечению устойчивого естественного прироста численности населения РФ, повышению ожидаемой средней продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 г. — до 80 лет), которые обозначены в Указе Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.» от 07.05.2018 № 204. Одним из целевых показателей в сфере демографического развития, которые обозначены в этом документе, является увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7.
ЖК создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях.
Мощность ЖК определяется числом врачебных участков, которые создаются в соответствии с численностью **женского населения территории** обслуживания.
В настоящее время амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь на территории Российской Федерации осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (далее — приказ № 1130н).
Большинство ЖК в настоящее время представляют собой функциональные структурные подразделения центральных районных больниц (ЦРБ), крупных поликлиник, родильных домов в составе многопрофильных больниц, перинатальных центров и других медицинских организаций, находятся в их административном подчинении. Число самостоятельных ЖК из года в год сокращается в связи с их маломощностью.
Впервые приказ № 1130н вводит разделение ЖК **по группам (уровням)**:

первая группа (уровень) — ЖК (кабинеты поликлинических отделений) при ЦРБ и районных больницах, акушерских стационарах первой группы (уровня), оказывающие первичную медико-санитарную помощь женщинам в период беременности, послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек;
вторая группа (уровень) — ЖК самостоятельные или в составе родильных домов второй группы (уровня), городских больниц и поликлиник с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек, а также межрайонных перинатальных центров с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек;
третья группа (уровень) — консультативно-диагностические отделения перинатальных центров, республиканских, краевых, областных, окружных родильных домов, центров охраны материнства и детства, самостоятельные центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков.

Работа ЖК строится по **территориально-участковому принципу**. Один акушерский участок включает территориально приблизительно два терапевтических участка. По ранее используемым нормативным документам участок определялся числом лиц женского пола — 4000–4500 человек, в том числе старше 15 лет — 3000–3500 человек, женщин детородного возраста (15–49 лет) — 2100–2300 человек. В настоящее время структура и штатная численность ЖК устанавливаются в зависимости от численности обслуживаемого населения, объема работы, с учетом рекомендуемых штатных нормативов (приложение № 2 к приказу № 1130н) и определяются из расчета одна должность врача на 2200 человек женского населения либо 3500–4000 человек женского населения.

Глава I. Организация работы женской консультации

Обслуживают акушерский участок акушер-гинеколог и акушерка, знающие границы и особенности своего участка, его производственную, социально-гигиеническую и демографическую характеристики, численность и плотность населения, возрастной и социальный состав женщин, состояние их репродуктивного здоровья.
В силу разных причин, в том числе экономических (*оплата числа посещений*), недостаточно используется законная система **диспансерного наблюдения здоровых беременных квалифицированными**, подготовленными к этой работе акушерками. Среди других специальностей среднего медицинского образования специальность «акушерка» считается элитной. Акушерка подготовлена для **самостоятельной работы** (ФАП) и может часть работы врача — акушера-гинеколога взять на себя, в том числе в ЖК наблюдать здоровых пациенток. Эта широко применяющаяся система оказания помощи акушерками в ФАП дает хорошие результаты и способствует снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Организацию амбулаторной помощи в сельском районе осуществляет заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи (материнству и детству), используя при необходимости выездные формы работы. Успех достигается теми ФАП, где выделена должность (ставка) акушерки. К сожалению, совмещение должности акушерки **на 0,5 ставки фельдшером не обеспечивает** ни полноценного диспансерного наблюдения беременных, ни профилактической работы с женским населением (например, онкопрофосмотры).
Паспорт участка
В нем должны быть следующие разделы.

Характеристика врачебного участка.
Ф.И.О. участкового врача — акушера-гинеколога и акушерки.
План территории. Описание участка обслуживания (улицы, номера домов).
Участками каких поликлиник является акушерско-гинекологический участок, номер участка в поликлинике.
Население территории.
Характеристика прикрепленного женского населения.
Численность женского населения [прикрепленного согласно приказу Министерства здравоохранения (МЗ) от 26.04.2012 № 406н].
Численность женского населения фертильного возраста.
Список пациенток репродуктивного возраста, страдающих тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (указываются диагноз, адрес).
Список пациенток репродуктивного возраста — инвалидов.
Списки женщин, работающих на прикрепленных к ЖК промышленных предприятиях (в случае наличия на территории обслуживания ЖК), в том числе с вредными условиями труда.
Списки подростков с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, переданные из детской поликлиники (по достижении ими возраста 18 лет). Списки следует получить из территориальной детской поликлиники при передаче девушек из педиатрической во взрослую сеть.
Списки женщин с выявленными гинекологическими заболеваниями, болезнями молочных желез, переданные из смотрового кабинета территориальной поликлиники, к которой относится данный участок.

Прием в ЖК проводится ежедневно в удобное для женского населения территории обслуживания время, обычно каждый врач имеет одинаковое число утренних и вечерних приемов.
Посещаемость ЖК — важный показатель, характеризующий деятельность амбулаторно-поликлинической службы. Учету как посещения подлежат обращения пациенток в связи с заболеванием, с профилактической целью, за получением справки о состоянии здоровья и по другим поводам. Профилактические осмотры включаются в число посещений независимо от того, проведены ли они в стенах ЖК или непосредственно на прикрепленных предприятиях (если таковые имеются). Учет посещений консультации осуществляется в настоящее время по документу 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (регламентирован приказом МЗ РФ от 05.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению») и журналу ежедневного приема.
В регистратуре ЖК должна быть четкая наглядная информация, продублированная в используемых местным населением средствах массовой информации и социальных сетях: часы работы ЖК, включая субботние и предпраздничные дни; границы участков, расписание работы врачей (акушеров-гинекологов и специалистов), лечебных и диагностических кабинетов [ультразвукового исследования (УЗИ), маммографии; при их отсутствии в ЖК — адрес, схема проезда и часы работы], расписание занятий в школе материнства и по физиопсихопрофилактической подготовке к родам.
Обязанности медицинских организаций, в том числе о предоставлении информации пациентам, отражены в ст. 79 Федерального закона (ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее — ФЗ-323).
Размещение информации в информационно-телекоммуникационной сети Интернет на официальных сайтах медицинских организаций регламентировано приказом Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах МЗ Российской Федерации, органов государственной власти субъектов

Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет».

Глава I. Организация работы женской консультации

Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности. При этом независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями не осуществляется в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также экспертизы и контроля качества медицинской помощи (ст. 79.1 «Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями» ФЗ-323).
При приеме женщин основную помощь врачу оказывает акушерка: готовит медицинскую документацию и инструменты к приему, взвешивает беременных, измеряет артериальное давление (АД), оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, готовит и заполняет необходимые медицинские документы, обменную карту, выполняет лечебные процедуры по назначению врача, осуществляет патронаж на дому, заполняет журналы, ведет форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» для диспансерной группы гинекологических больных и др.
Врач участка, кроме того что ведет прием в ЖК, оказывает помощь на дому, осуществляет активный ***патронаж*** . Именно поэтому ему выделяется ежедневно время для работы с документацией, профилактической работы и помощи женщинам на дому.
Таким образом, имеют место различные виды работ, выполняемых врачом — акушером-гинекологом:

- прием в ЖК;
- посещения на дому;
- санитарно-просветительные и другие профилактические мероприятия.

Патронажная работа акушерки заключается в посещении беременных, родильниц и гинекологических больных самостоятельно или по указанию врача, для того чтобы:

- ознакомиться с жилищно-бытовыми условиями женщины;
- проконтролировать правильность выполнения назначений врача и соблюдение рекомендованного режима;
- установить состояние здоровья женщин, не явившихся на прием к врачу или не госпитализированных по направлению врача в стационар;
- вызвать пациентку на прием к врачу;
- провести беседу с пациенткой, с родственниками на различные темы в рамках профилактической и лечебной помощи.

В ЖК, объединенных со стационаром, ранее широко использовалась **система чередования** акушеров-гинекологов, при которой врач работал в ЖК, затем переводился для работы в стационар (родильное и гинекологическое отделения) и обратно в ЖК. При этом практиковалось закрепление за одним участком двух врачей, заменяющих друг друга в консультации и в стационаре и хорошо знающих свой участок. В настоящее время в силу ряда преодолимых (при желании) административных барьеров эта система ротации врачей — акушеров-гинекологов практически разрушилась, но понимание **единого функционала** и грядущие аккредитации по специальности «акушерство и гинекология» приведут к закономерному восстановлению этой мудрой, соответствующей мировым представлениям системе, обеспечивающей профессиональную полноценность каждого акушера-гинеколога.
Система чередования и привлечения работающих в ЖК врачей к дежурствам в акушерско-гинекологическом стационаре, их участие и в теоретических, и в клинико-анатомических конференциях способствуют профессиональному совершенствованию врача — акушера-гинеколога.
Ранее в регионах организовывались так называемые базовые ЖК, которые помимо обычной работы выполняли функцию консультативного центра амбулаторной специализированной акушерско-гинекологической помощи:

- лечение гинекологических заболеваний в детском возрасте;
- бесплодный брак;
- невынашивание беременности;
- болезни шейки матки и другие, для чего выделялись специальные кабинеты.

К настоящему времени их консультативные функции на подавляющем большинстве территорий страны в основном переданы **консультативно-диагностическим отделениям перинатальных центров**.
В **Правилах организации деятельности ЖК говорится** следующее
ЖК создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в амбулаторных условиях.
Структура и штатная численность ЖК устанавливаются в зависимости от объема проводимой работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 2 к приказу № 1130н.
Оснащение ЖК осуществляется в соответствии со стандартом оснащения согласно приложению № 3 к приказу № 1130н и зависит от группы (уровня) ЖК.
На должность главного врача назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденным приказом МЗ РФ от 08.11.2015 № 707н (далее — Квалификационные требования), по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».
На должность заведующего ЖК врача — акушера-гинеколога назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям по специальности «акушерство и гинекология», прошедший повышение квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».
На должности врачей ЖК и медицинских работников со средним медицинским образованием назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным требованиям по соответствующим специальностям.
ЖК может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.

Глава I. Организация работы женской консультации

В целях оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране и укреплению репродуктивного здоровья, профилактике абортов, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний **ЖК сегодня осуществляет следующие функции**:

- диспансерное наблюдение беременных, в том числе **выделение женщин групп риска** в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- организацию дистанционных медицинских консультаций при невозможности посещения пациентками ЖК, патронажа пациенток на дому;
- направление в кабинеты (отделения) антенатальной охраны плода для выявления нарушений роста и развития плода, в том числе наличия хромосомных и генных нарушений и внутренних пороков развития;
- выявление, установление медицинских показаний и направление беременных, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- физическую и психопрофилактическую подготовку беременных к родам, в том числе подготовку семьи к рождению ребенка;
- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам;
- обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе *в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях*;
- профилактические осмотры женского населения в целях раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, включая болезни **молочных желез**;
- организацию и взаимодействие с медицинскими организациями (подразделениями), осуществляющими диспансерное наблюдение гинекологических больных, в том числе девочек;

установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных и пациенток, в том числе девочек, с гинекологическими заболеваниями;
прерывание беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (медикаментозный аборт, вакуум-аспирация; гистероскопия, радиоволновая и лазерная хирургия);
взаимодействие в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между ЖК и другими медицинскими организациями [медико-генетическими центрами (консультациями), кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами], территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации;
клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам вне беременности, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
экспертизу временной нетрудоспособности по беременности, родам и в связи с гинекологическими заболеваниями, выдачу листков нетрудоспособности женщинам по беременности, родам и в связи с гинекологическими заболеваниями в установленном порядке, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу (МСЭ) женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;
правовую, психологическую и медико-социальную помощь женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
консультации по вопросам психологической, социальной поддержки женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;
социально-психологическую помощь несовершеннолетним, направленную на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни, ориентацию на здоровую семью;
медико-психологическую и социальную помощь женщинам-инвалидам, в том числе в части формирования репродуктивного поведения;
повышение квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием;
внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;
выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников, предотвращения распространения инфекций;
мероприятия в части информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, позитивного родительства, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин, профилактики врожденных и наследственных заболеваний у будущего ребенка, профилактики абортов, а также инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе инфекции вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
анализ показателей работы ЖК, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

Основными критериями качества работы ЖК являются:

показатель ранней постановки на учет по беременности (до 12 нед);
доля женщин, вставших на учет по беременности, из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности;
показатель числа искусственных абортов на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 детей, родившихся живыми;
соблюдение КР при оказании медицинской помощи с учетом критериев качества, предусмотренных КР;
доля преждевременных родов (ПР) в перинатальном центре (акушерском стационаре, специализирующемся на оказании медицинской помощи при ПР) от общего числа ПР;
доля ВИЧ-инфицированных беременных, имеющих неопределяемый уровень вирусной нагрузки перед родами;
показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
отсутствие врожденных пороков развития (ВПР) у плода, не выявленных во время беременности;
разрыв матки вне стационара;
несвоевременное направление в стационар при гипертензии средней и высокой степени тяжести, обусловленной беременностью (госпитализация бригадой скорой медицинской помощи);
несвоевременное направление в стационар при переношенной беременности;
доля женщин, охваченных скринингом на выявление злокачественных новообразований шейки матки и молочной железы.

Глава I. Организация работы женской консультации

Структура ЖК регламентирована приказом № 1130н:

регистратура открытого типа с возможностью экранизации на период эпидемий, с электронным табло с расписанием приема врачей, колл-центром, картохранилищем (при наличии не менее пяти врачебных участков с инфоматом);
кабинеты врачей — акушеров-гинекологов;
кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
кабинет доврачебного приема (при наличии не менее пяти врачебных участков);
кабинет приема дежурного врача — акушера-гинеколога;
кабинет/пост централизованной выписки медицинских документов (при наличии не менее пяти врачебных участков);
кабинет психопрофилактической подготовки беременных к родам;
процедурная;
кабинет ультразвуковой (УЗ) диагностики;
физиотерапевтический кабинет.

ЖК для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических подразделений медицинской организации, в составе которой она создана.
В структуре ЖК дополнительно могут предусматриваться:

кабинеты специализированных приемов врачей — акушеров-гинекологов:
- невынашивания беременности;
- гинекологической эндокринологии;
- заболевания шейки матки;
- сохранения и восстановления репродуктивной функции;
- врача — акушера-гинеколога для несовершеннолетних;
- функциональной диагностики;

кабинет антенатальной охраны плода;
кабинеты специалистов:
- врача-терапевта;
- врача-офтальмолога;
- врача-стоматолога;

кабинет лечебной физкультуры;
кабинет по раннему выявлению заболеваний молочных желез;
дневной стационар;
операционная;
стерилизационная;
клинико-диагностическая лаборатория;
рентгеновский (маммографический) кабинет;
иные подразделения по решению руководителя медицинской организации.

В кабинет доврачебного приема ЖК направляются:

беременные при взятии на диспансерный учет;
пациентки при профилактическом посещении при отсутствии жалоб;

пациентки с жалобами на выделения из половых путей (за исключением кровянистых);
женщины с гинекологическими заболеваниями, состоящие на диспансерном учете.

Правила организации деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт его оснащения определены приложениями № 4–6 к настоящему Порядку (см. приложение 25).
К функциям акушерки ЖК при приеме беременной для постановки на диспансерный учет относятся:

сбор в день посещения пациенткой врача — акушера-гинеколога анамнеза, осмотр [измерение роста, массы тела, АД, размеров таза, окружности живота (ОЖ), высоты стояния матки], пальпация молочных желез, выслушивание сердечных тонов плода с помощью малогабаритного допплеровского анализатора сердечно-сосудистой деятельности плода, оформление индивидуальной карты беременной и родильницы, внесение в нее сведений, выписка направлений на исследования и консультации к врачам-специалистам, информирование пациентки о датах и времени их прохождения, о необходимости подготовки к исследованиям, первичная консультация по принципам здорового питания, гигиене;
доставка индивидуальной карты беременной и родильницы и направление пациенток в кабинет врача — акушера-гинеколога для гинекологического осмотра и забора мазков на исследования.

К функциям акушерки ЖК при приеме пациентки при посещении с профилактической целью при отсутствии жалоб; пациентки с жалобами на выделения из половых путей (за исключением кровянистых); пациентки с гинекологическим заболеванием, состоящей на диспансерном учете, относятся: забор мазков на флору и цитологическое исследование, выписывание направлений на УЗИ молочных желез и/или маммографию, УЗИ органов малого таза, флюорографию, внесение информации о манипуляциях и выданных направлениях на обследования в медицинскую карту амбулаторного больного, осуществление записи на плановый прием к врачу — акушеру-гинекологу с готовыми результатами исследований (учитывая сроки готовности анализов при записи и сообщая их пациентке), согласовывая удобную дату посещения врача — акушера-гинеколога с пациенткой.
При выявлении акушеркой подозрительных симптомов (кровянистые выделения из половых путей во время осмотра в зеркалах, обнаружение опухолевидных образований в молочных железах и другие сомнительные для акушерки состояния) пациентка должна быть направлена на осмотр к дежурному врачу — акушеру-гинекологу и осмотрена им в день обращения.
К функциям **дежурного врача** — акушера-гинеколога ЖК относятся:

продление листка нетрудоспособности при наличии показаний;
вызов бригады скорой медицинской помощи для транспортировки пациенток при наличии показаний для лечения в стационарных условиях;
гинекологический осмотр пациенток, обратившихся в экстренном или неотложном порядке, постановка диагноза, определение тактики ведения, назначение лечения, предоставление рекомендаций;
запись на повторный прием к врачу — акушеру-гинекологу и другим специалистам, в кабинет медико-социальной помощи, во вспомогательные кабинеты;
оформление медицинской документации;
направление на обследование в соответствии со стандартами;
направление в кабинет или на пост централизованной выписки медицинских документов, льготных рецептов, направлений на обследования, анализы, оформление листка нетрудоспособности, справок и другой медицинской документации;
внесение данных в единую информационную систему для ведения статистического отчета, формирования реестров.

Глава I. Организация работы женской консультации

Кабинет или пост централизованной выписки медицинских документов организуется с целью передачи от врачей к медицинским работникам со средним медицинским образованием части функций по оформлению направлений на обследования, справок, листков нетрудоспособности, льготных рецептов, родовых сертификатов, санаторно-курортных карт и другой медицинской документации, записи на консультативный прием врачей-специалистов других медицинских организаций.
В кабинет или на пост централизованной выписки медицинских документов направляются пациентки, в том числе беременные, для оформления медицинских справок, направлений на обследования, записи на консультативный прием врачей-специалистов других медицинских организаций на основании соответствующей отметки в медицинской карте амбулаторного больного/индивидуальной карте беременной и родильницы.
Сотрудник кабинета или поста централизованной выписки медицинских документов после оформления направлений на обследования информирует пациентку о дате готовности результатов и записывает на прием к врачу-специалисту.
Патронаж беременных и родильниц проводится в соответствии с графиком работы медицинского персонала, утверждаемым руководителем медицинской организации.
Патронаж проводится:

акушеркой [при неявке пациентки на назначенное время визита (не отвечает на телефонные звонки), при отказе от госпитализации (или) от посещения ЖК, во время эпидемиологической ситуации, после получения информации из других медицинских организаций о беременной, не состоящей на диспансерном учете в ЖК];
врачом — акушером-гинекологом (для пациенток с ограниченными физическими возможностями, во время эпидемиологической ситуации);
специалистами кабинета медико-социальной помощи ЖК (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) при взятии на диспансерный учет по беременности (первичный патронаж), в группах социального риска и асоциального поведения, после неоднократных патронажей акушеркой.

Во время патронажа проводится опрос пациентки (сбор жалоб, анамнеза); измерение АД, температуры тела, ОЖ, высоты дна матки (ВДМ); выслушивание сердечных тонов плода с помощью малогабаритного допплеровского анализатора сердечно-сосудистой деятельности плода; аускультация сердечных тонов плода; вызов бригады скорой медицинской помощи для транспортировки пациентки при наличии показаний для лечения в стационарных условиях; оформление направлений на обследования, госпитализацию; приглашение на прием к врачу — акушеру-гинекологу.
Периодичность патронажа определяется медицинскими показаниями.
С целью оказания первичной медико-санитарной помощи (врачебной и доврачебной) женщинам, проживающим на селе, организуются мобильные медицинские бригады специалистов (врач — акушер-гинеколог, специалисты кабинета медико-социальной помощи). Выезды организуются в ФАП, во врачебные амбулатории, участковые больницы, участки общей врачебной практики для профилактических осмотров и определения групп здоровья, осмотра диспансерной группы гинекологических больных и осмотра беременных.
Функции мобильных медицинских бригад:

профилактические гинекологические осмотры (выявление женщин с гинекологическими заболеваниями, осмотр диспансерной группы гинекологических больных);
выявление беременных, не состоящих на диспансерном учете;
осмотр беременных, состоящих на диспансерном учете;
санитарно-просветительная работа с населением.

Специалисты выездной бригады проводят опрос пациенток (сбор жалоб, сбор анамнеза); измерение АД, ОЖ, ВДМ; выслушивание сердечных тонов плода с помощью малогабаритного допплеровского анализатора сердечно-сосудистой деятельности плода; аускультацию сердечных тонов плода с помощью стетоскопа; пальпацию молочных желез; гинекологический осмотр; забор мазков на флору и цитологическое исследование; вызывают бригаду скорой медицинской помощи для транспортировки пациентки при наличии показаний для лечения в стационарных условиях; оформляют направления на обследования, госпитализацию; приглашают на прием к врачу — акушеру-гинекологу.
Приложение № 13 приказа № 1130н устанавливает правила организации деятельности дневного стационара медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь при лечении акушерских и гинекологических заболеваний (далее — дневной стационар), в том числе у несовершеннолетних, при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а также при искусственном прерывании беременности.
Дневной стационар создается в составе медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования ВРТ и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), акушерству и гинекологии (использованию ВРТ).
Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации для оказания медицинской помощи при заболеваниях и состояниях по профилю «акушерство и гинекология» в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное

время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.
Структура и штатная численность дневного стационара устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой он создан, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приказу № 1130н.
На должность заведующего дневным стационаром назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям по специальностям «акушерство и гинекология», «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Глава I. Организация работы женской консультации

При необходимости медицинская помощь больным в дневном стационаре может оказываться медицинскими работниками других структурных подразделений медицинской организации, в составе которой создан дневной стационар.
Количество мест и режим работы дневного стационара определяются руководителем медицинской организации с учетом мощности медицинской организации (ее структурного подразделения) и объемов проводимых медицинских мероприятий (в 1 или 2 смены) с длительностью пребывания на койке не более 4–6 ч.
Оснащение дневного стационара осуществляется в соответствии со стандартом оснащения дневного стационара, согласно приказу № 1130н.
Дневной стационар для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических подразделений медицинской организации, в составе которой он создан.
Дневной стационар осуществляет следующие функции:

- оказание медицинской помощи больным по профилю «акушерство и гинекология» в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе КР, с учетом стандартов оказания медицинской помощи до 22-й нед гестации, за исключением лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации, проводимых до 36-й недели беременности;
- продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в стационаре, в состоянии, не требующем наблюдения в ночное и вечернее время независимо от срока беременности;
- восстановительное лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врача медицинской организации после оперативных вмешательств;
- лечебные и диагностические мероприятия, требующие наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в условиях медицинской организации [оказание медицинской помощи в связи с малыми гинекологическими операциями, искусственным прерыванием беременности (в том числе медикаментозным); при использовании ВРТ (трансвагинальная пункция яичников, перенос эмбрионов в полость матки и др.), а также при хорионбиопсии, амниоцентезе, кордоцентезе, биопсии плаценты];
- мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин;
- внедрение в клиническую практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных с акушерской и гинекологической патологией;
- организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями пациентов и медицинских работников;
- взаимодействие с другими лечебно-диагностическими подразделениями медицинской организации;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

При наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, а также при отсутствии возможности дополнительных обследований в условиях дневного стационара, пациентка направляется для оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в стационарных условиях.
В структуре дневного стационара по профилю «акушерство и гинекология» рекомендуется предусматривать:

- палату(-ы);
- процедурную;
- операционную;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.
- пост медицинской сестры;
- кабинет заведующего дневным стационаром;
- комнату для разогрева пищи пациенткам (при нахождении пациентки свыше 4 ч);
- кабинет врача — акушера-гинеколога;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.
- смотровой кабинет;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.
- кабинет УЗ-диагностики;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.
- комнату персонала;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.
- санузел;
- санитарную комнату;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.
- иные кабинеты по решению руководства медицинской организации.

Глава I. Организация работы женской консультации

В структуру перинатального центра (приложение № 19 приказа № 1130н) входит консультативно-диагностическое отделение (центр), в котором организуется:

- поликлиника:

- кабинеты врачей — акушеров-гинекологов (консультативные кабинеты для беременных, кабинет невынашивания беременности, кабинеты для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции);
- кабинет врача — акушера-гинеколога для несовершеннолетних;
- кабинеты врача-терапевта, врача-невролога, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-уролога;
- процедурная;
- операционная;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- физиотерапевтическое отделение (кабинет);
- кабинет (зал) физиопсихопрофилактической подготовки беременной и ее семьи к родам, партнерским родам;
- центр медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- кабинет (отделение) антенатальной охраны плода.

Рекомендуемые штатные нормативы перинатального центра определены приложением № 20 приказа № 1130н, распространяются на перинатальные центры группы (уровня) 3А и 3Б и не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения

(табл. 1.1).

Женская консультация перинатального центра

Таблица 1.1.

	Наименование должности	Количество должностей
Заведующий консультативно-диагностическим отделением — врач — акушер-гинеколог	1 должность	
Заведующий ЖК — врач — акушер-гинеколог	1 должность	
Врач — акушер-гинеколог	1 должность: на 2200 женщин детородного возраста обслуживаемого населения; на 10 коек для работы в дневном стационаре	
Врач-терапевт	1 должность на 30 000 женщин детородного возраста	
Старшая акушерка (старшая медицинская сестра)	1 должность	
Акушерка	1 должность на каждую должность врача — акушера-гинеколога	
Медицинская сестра	1 должность	
Медицинская сестра процедурной	1 должность в смену	
Операционная медицинская сестра	1 должность в смену при наличии дневного стационара	
Врач — анестезиолог-реаниматолог	1 должность при наличии дневного стационара	
Медицинская сестра-анестезист	1 должность на 1 должность врача — анестезиолога-реаниматолога	
Медицинский регистратор	1 должность на 5 должностей врачей-специалистов	
Санитар	Не менее 1 должности в смену; при наличии дневного стационара 0,5 должности на 10 коек	

Оценка качества оказания медицинской помощи проводится на основании приказа МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Раздел II «Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи», 2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации — медицинской карты пациентки, получающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее — амбулаторная карта):

Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

- заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;
- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» с изменением, внесенным приказом МЗ РФ от 10.08.2015 № 549н.

б) первичный осмотр пациентки и сроки оказания медицинской помощи:

- оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в амбулаторной карте;

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациентки;

г) формирование плана обследования пациентки при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациентки;

е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациентки, пола пациентки, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также КР (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее — КР):

Глава I. Организация работы женской консультации

- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;
- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;
- консилиум врачей при затруднении установления клинического диагноза с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации (ст. 48 ФЗ-323);

з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

и) коррекция плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациентки, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и КР;

к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком:

Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25.06.2013).

- оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;
- внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации;

В соответствии с п. 4.7 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом МЗ РФ от 05.05.2012 № 502н.

л) экспертиза временной нетрудоспособности в установленном порядке (ст. 59 ФЗ-323);

м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

Приказ МЗ от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». Настоящий приказ вступил в силу с 1 сентября 2022 г. и действует до 1 сентября 2028 г.

н) медицинские осмотры, диспансеризация в установленном порядке (ч. 7 ст. 46 ФЗ-323), назначение по их результатам в случае необходимости дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

Раздел III настоящего приказа определяет критерии качества по группам заболеваний (состояний).

Глава I. Организация работы женской консультации

Профилактическая работа врача — акушера-гинеколога женской консультации

Врачу ЖК необходимо помнить о непременных препятствиях для полноценного осуществления профилактической работы. А препятствует ему прежде всего легкомысленное отношение российских женщин к своему здоровью: низкая медицинская активность и недоверие к врачам, которое стало считаться в обществе «хорошим тоном». Против клинициста работают промискуитет, крайне недостаточный уровень знаний населения о профилактике гинекологических заболеваний и о контрацепции, тотальная анемизация, растущее число страдающих ожирением, диабетом, гипертензией женщин — все это формирует очень низкую степень ответственности самих женщин за сохранение репродуктивного здоровья. Несмотря на укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений, хорошую систему профилактических мероприятий, остаются так называемые мелочи, препятствующие полноценным методам скрининга, — отсутствие

специальных щеточек для забора биоматериала и конструктивные недоработки — их длина не позволяет достичь внутреннего зева цервикального канала (см. главу II «Профилактическая деятельность женской консультации»).
№ 572н, в настоящее время этот раздел исключен из приказа № 1130н и полностью отражается в КР по соответствующим нозологиям.
Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями ранее была определена приказом
В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 № 1968 «“”» переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе КР осуществляется поэтапно, но не позднее 1 января 2024 г.
Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации
КР применяются следующим образом:

- КР, размещенные на официальном сайте МЗ Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети Интернет до 1 сентября 2021 г., применяются с ;

1 января 2022 г.
- КР, размещенные до 1 июня 2022 г., применяются с 1 января ;

2023 г.
- КР, размещенные после 1 июня 2022 г., применяются с 1 января .

2024 г
Учет КР осуществляется следующим образом:

- КР, размещенные на официальном сайте до 1 июня 2022 г., учитываются при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 г. и на плановый период 2024 и 2025 гг.;
- КР, размещенные на официальном сайте до 1 июня 2023 г., учитываются при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 г. и на плановый период 2025 и 2026 гг.;
- КР, размещенные на официальном сайте после 1 июня 2023 г., учитываются при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи начиная с 1 января 2024 г.

().
Имеется разночтение в Порядке и приказе № 203н о сроках маммографии см. раздел о скрининге Следует выполнять порядок или издать региональный регламент скрининга на выявление болезней молочных желез.
В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские приемы женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, болезней молочных желез, ИППП, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, преконцепционную и прегравидарную подготовку.
Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов, осуществляется при профилактическом приеме, диспансеризации взрослого населения или посещении смотрового кабинета медицинской организации.
В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводится: скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки [анализ на вирус папилломы человека (ВПЧ)] и цитологическое исследование мазка (соскоба), в том числе жидкостная цитология на наличие атипических клеток шейки матки и скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм).
Скрининг при профилактических осмотрах здоровых женщин считается выполненным при охвате 80% и более женского населения. Широта охвата населения (80% и более) может быть обеспечена путем активной рассылки приглашений на обследование с помощью электронной почты и мобильной связи, а также использованием технологии самозабора (при исследовании на ВПЧ).
Скрининг для выявления РШМ проводится в возрасте 21–29 лет с применением цитологии/жидкостной цитологии 1 раз в 3 года, в возрасте 30–65 лет — с применением ко-тестирования (цитология/жидкостная цитология с окраской по Папаниколау и ВПЧ-типирование, в том числе с использованием технологии самозабора) 1 раз в 5 лет.

Глава I. Организация работы женской консультации

Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм) проводится у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года.
С целью выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов проводится бимануальное исследование и УЗИ органов малого таза.
В настоящее время скрининговые исследования, направленные на выявление доброкачественных заболеваний шейки матки, молочных желез, органов малого таза, регламентируются несколькими нормативными документами, в которых есть разногласия по возрасту, методам и кратности исследований.

- Приказ МЗ РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».
- Приказ МЗ РФ от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее — приказ № 404н).
- Приказ МЗ РФ от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и/или опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» (далее — приказ № 29н). Диспансерное наблюдение за взрослыми регламентировано приказом МЗ РФ от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (приказ вступил в силу с 1 сентября 2022 г. и действует до 1 сентября 2028 г., см. приложение 14).

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы здоровья.
I группа здоровья — женщины, у которых не установлены хронические гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития.
II группа здоровья — женщины, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития.
При наличии риска возникновения заболеваний репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом — акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.
III группа здоровья — женщины, имеющие гинекологические заболевания или риск их развития, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
Женщинам, отнесенным к III группе здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения врачом — акушером-гинекологом.
Женщинам с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы медицинская помощь оказывается на основе КР, с учетом стандартов медицинской помощи, с обязательным соблюдением принципов онконастороженности.
Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом — акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по патологии молочной железы.
Врачебная тактика в отношении женщин с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез определяется принадлежностью к категории «Системы данных результатов визуализации молочных желез» (BI-RADS, Breast Imaging Reporting and Data System):

- женщины 0-й категории направляются на консультацию врача-онколога для определения дальнейшей тактики ведения;
- пациентки 1-й и 2-й категорий наблюдаются врачом — акушером-гинекологом;
- пациентки 3-й категории направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза;
- пациентки 4, 5, 6-й категорий наблюдаются врачом-онкологом.

При исключении злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача — акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественных заболеваний молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующих гинекологических заболеваний.
()
Комментарий. *В части диспансерного наблюдения пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез имеется рассогласование приказа № 1130н и приказа МЗ РФ от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» далее — приказ № 168н. В соответствии с приказом № 1130н диспансерное наблюдение осуществляет акушер-гинеколог, а в соответствии с приказом № 168н — врач-онколог. Однако можно руководствоваться положением этого приказа о соблюдении иных нормативных актов, изданных ДО указанного приказа № 168н.*

Глава I. Организация работы женской консультации

Диспансеризация женского населения
Диспансеризацию женского населения проводят в соответствии с приказом МЗ РФ от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ (ч. 4 ст. 46 ФЗ-323).
Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов (см. главу II «Профилактическая деятельность женской консультации»).
оказания медицинской помощи. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечивают организацию профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставляют гражданам возможность дистанционной записи на приемы (осмотры, консультации) медицинскими работниками, исследования и иные медицинские вмешательства, проводимые в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.
Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в рамках государственных и территориальных программ государственных гарантий бесплатного
На своих официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети Интернет они обязаны разместить информацию о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию.
Руководители медицинских организаций являются ответственными за профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию закрепленного населения в соответствии с региональным регламентом медицинской помощи и материально-техническим обеспечением предусмотренных мероприятий.
Для гинекологической службы в рамках работы ЖК — это наличие достаточного количества помещений, зеркал, спецсредств для забора материала (щетки, стекла, контейнеры) и возможность квалифицированного цитологического исследования.
За обеспечение врачей условиями и средствами профосмотров (все вышеперечисленное) ответственность лежит на работодателе. При отсутствии указанных условий и средств врач вправе отказаться от действий, не обеспеченных работодателем в требуемом объеме.
В противном случае он может быть обвинен в ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей.
Фельдшер здравпункта или акушерка ФАП также являются ответственными за профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию населения фельдшерского участка в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи.

Глава I. Организация работы женской консультации

Организация работы женской консультации с беременными
Основная задача врача ЖК — диспансерное наблюдение беременных и осуществление лечебных мероприятий беременным в соответствии с принадлежностью к группам риска.
Что такое диспансерное наблюдение?
« представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (ч. 5 ст. 46 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ред. от 03.07.2016 № 286-ФЗ).
Диспансерноенаблюдениеинымисостояниями
диспансерного наблюдения также регламентирована законом: «В случаях, установленных законодательством Российской Федерации, прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения являются » (ч. 6 ст. 46 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).
Обязательностьобязательными
Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности регламентирован приказом № 1130н.
Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования ВРТ и искусственного прерывания беременности)» и/или «акушерскому делу».
Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности с целью профилактики, диагностики и лечения ее осложнений оказывается в ЖК.
Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с приказом № 1130н на основе территориальных схем маршрутизации с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.
Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

- , осуществляемый врачами — акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности — врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками ФАП (при этом в случае возникновения осложнений беременности должна быть обеспечена консультация врача — акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);

амбулаторный

- , осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерских осложнениях) или специализированных отделениях (при соматических заболеваниях) медицинских организаций.

стационарный
Понятие «ранняя явка» отсутствует в нормативных документах.
Единственный документ, в котором говорится о необходимости регистрации беременных, поступивших под наблюдение ЖК на сроке беременности до 12 нед, — статистическая форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» [заполняется в соответствии с приказом Росстата от 27.11.2015 № 591 (ред. от 24.12.2018) «Об утверждении статистического инструментария для организации МЗ Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения»].
В приказе № 1130н имеется следующий пункт: «При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом — акушером-гинекологом до 11–12 нед беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности». Логично предположить, что . Идеальна ситуация, когда пациентка обращается к специалистам на этапе планирования беременности, к этому следует стремиться, но в настоящее время это встречается крайне редко: только 4% будущих рожениц обращаются к гинекологу для прегравидарной подготовки.
первая явка в ЖК должна быть ранее 11 нед
Фактически только 4% беременных проходят прегравидарную подготовку по обращаемости.
позволяет своевременно диагностировать экстрагенитальные заболевания и решить вопрос о возможности дальнейшего вынашивания беременности, рациональном трудоустройстве, своевременно установить степень риска, а также выработать план ведения беременности и при необходимости успеть реализовать необходимые беременной лечебно-профилактические мероприятия.
Ранняя явка в ЖК
Санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачебным наблюдением — основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности. Для этого необходимо всеми доступными средствами пропагандировать необходимость прегравидарной подготовки и ранней явки в ЖК, ведь нередко решающая роль в выявлении болезней принадлежит тщательному обследованию беременных именно в консультации. Этот показатель зависит от успешности просвещения в средних и высших учебных заведениях, наличия и эффективности социальной рекламы и от авторитета среди населения конкретного врача участка ЖК, объема и качества санитарно-просветительной работы. При первом определении срока беременности необходимо согласовать его со сроком, предполагаемым самой женщиной. В случае расхождения вопрос о сроке беременности решается с приоритетом результатов УЗИ в ранние сроки и консультативно с заведующим ЖК или врачебной комиссией. Ранняя явка особенно важна в группах высокого риска. При переводе из одного учреждения в другое обязательно наличие обменной карты. Беременная берется на учет , а не по месту прописки. Обязательно наличие сведений о действительном проживании беременной по данному адресу, если адрес прописки (регистрации) и адрес проживания различные. Место жительства уточняется после первого патронажа акушеркой.
по месту жительства

Глава I. Организация работы женской консультации

Но эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обследовать ее в необходимом объеме. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска. После первого осмотра следующая явка назначается через 7–10 дней.
К этому времени врач должен располагать заключениями специалистов и результатами обследования.
В соответствии с приказом № 1130н при физиологическом течении беременности :
осмотры беременных проводятся

- врачом — акушером-гинекологом — не менее раз;
5
- врачом-терапевтом — не менее раз (первый осмотр не позднее 7–10 дней от первичного обращения в ЖК);
2
- врачом-стоматологом — не менее раза;
1
- врачом-офтальмологом — не менее раза (не позднее 14 дней после первичного обращения в ЖК);
1
- другими врачами-специалистами — по показаниям, с учетом сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

В соответствии с КР «Нормальная беременность» (2020) рекомендовано направлять беременную пациентку на консультацию к врачу-терапевту и врачу-стоматологу при первом визите и в III триместре беременности, к врачу-офтальмологу — при первом визите.
Надежная доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует, но они приняты в отечественной практике. Консультации специалистов проводятся для своевременной диагностики экстрагенитальных заболеваний и назначения терапии.
При выявлении медицинских показаний для искусственного прерывания беременности при сроке до 22 нед беременности женщины направляются в соответствии с территориальной маршрутизацией в гинекологические отделения медицинских организаций, имеющих возможность оказания специализированной медицинской помощи женщине; врачам-специалистам соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности, а также интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.
Пациентка группы риска по рождению ребенка с хромосомными или генными аномалиями должна быть при первом визите в ЖК направлена на консультацию к врачу-генетику. К факторам риска рождения ребенка с этими аномалиями относятся у хотя бы одного из супругов/партнеров нарушений, с хромосомными или генными нарушениями, ВПР, умственной отсталостью; кровнородственный брак. Надежная доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует, но они приняты в отечественной практике (КР «Нормальная беременность», 2020).
наличиехромосомных или генныхдетей
. При сроках беременности 11–14 и 19–21 нед беременным проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления таких нарушений, как задержка роста плода (ЗРП), риск ПР, риск ПЭ, хромосомные аномалии (ХА) и пороки развития плода. Существует рассогласованность приказа № 1130н и КР «Нормальная беременность» (2020) по срокам проведения второго скрининга: приказ № 1130н — 19 нед, КР — 18 нед.
Ультразвуковой и биохимический скрининг
При сроке беременности 11–14 нед беременная направляется в межрайонный (межмуниципальный) кабинет антенатальной охраны плода (см. приложение 25) при медицинской организации акушерского профиля II или III группы (уровня) для скринингового УЗИ врачами-специалистами и забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров [связанного с беременностью плазменного протеина А (PAPP-A, pregnancy-associated plasma protein-A) и свободной β-субъединицы хорионического гонадотропина человека (β-ХГЧ)].
В целях определения риска ЗРП, ПР и ПЭ при сроке беременности 11–14 нед беременной в условиях межрайонного кабинета антенатальной охраны плода выполняется измерение роста, массы тела, АД, УЗ допплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса (ПИ), трансвагинальная УЗ-цервикометрия.
Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров PAPP-A и свободная β-ХГЧ у женщины в 11–14 нед беременности с данными УЗИ для расчета рисков ХА, ЗРП, ПР, ПЭ доставляются в медицинскую организацию акушерского профиля III группы (уровня) или медико-генетический центр (консультацию), имеющий лицензии по профилям «акушерство и гинекология», «УЗ-диагностика» и «клиническая лабораторная диагностика», где проводится биохимический анализ крови на уровень материнских сывороточных маркеров (PAPP-A, свободная β-ХГЧ). На основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров и информации талона-направления посредством программного обеспечения осуществляется комплексный рождения ребенка с ХА, ЗРП, а также риска ПР и ПЭ.
расчет индивидуального риска
Заключение по результатам расчета индивидуального риска направляется в медицинскую организацию, где проводился первый этап антенатальной оценки состояния плода, в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети Интернет) и размещается в медицинской карте пациентки (электронной карте) или выдается ей на руки.
В случае установления высокого риска (1/100 и выше) ЗРП, ПР и ПЭ определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом — акушером-гинекологом ЖК на основе КР. Беременная должна быть проконсультирована в акушерском дистанционном консультативном центре для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

Глава I. Организация работы женской консультации

При выявлении высокого (1/100 и выше) риска по наличию ХА и/или пороков развития плода по результатам скрининга при сроках беременности 11–14 нед беременная направляется в медицинскую организацию акушерского профиля III группы (уровня) или медико-генетический центр (консультацию), осуществляющие комплексный расчет индивидуального риска, для уточнения диагноза посредством повторного УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА.
В случае подтверждения высокого риска ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА, пациентке рекомендуется инвазивное исследование: аспирация/биопсия ворсин хориона.
Аспирация/биопсия ворсин хориона проводится в медицинской организации акушерского профиля III группы (уровня) или медико-генетическом центре (консультации) в амбулаторных условиях дневного или круглосуточного стационара. Полученный материал доставляется в генетическую лабораторию для генетической диагностики и заключения врача-генетика.
Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети Интернет) и размещаются в медицинской карте пациентки (электронной карте) или выдаются ей на руки.
В случае подтверждения ХА и/или пороков плода рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременности предоставляются консилиумом врачей. Заключение оформляется письменно и направляется лечащему врачу в электронном виде или выдается на руки пациентке.
На втором этапе при сроке беременности 19–21 нед беременные с низким риском ХА и/или пороков развития плода, а также не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11–14 нед, направляются в кабинет антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля II или III группы (уровня): беременные с —в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля группы (уровня) или медико-генетический центр для перерасчета риска и выявления УЗ-маркеров ХА поздно манифестирующих пороков развития плода.
*высоким риском***III**
():
В соответствии с КР «Нормальная беременность» 2020

-
для исключения анеуплоидии пациентке может быть дополнительно предложен неинвазивный пренатальный скрининг [определение дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) в крови матери] после 10 нед беременности;
- ();
УЗИ в I триместре беременности также может быть назначено при раннем первом визите и сроке задержки менструации ≥7 дней для исключения внематочной беременности ВБ
- ()();
не рекомендовано направлять беременную на рутинный биохимический скрининг II триместра, который включает исследование ХГЧ в крови, α-фетопротеина в сыворотке крови, неконъюгированного эстрадиола в крови тройной скрининг и исследование уровня ингибина А в крови четверной скрининг
-
биохимический скрининг II триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга I триместра.

В случае выявления (подтверждения) высокого (1/100 и выше) риска ХА и/или при пороках развития плода, ассоциированных с ХА, пациентке рекомендуется инвазивное исследование (плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез).
По результатам обследования лечащий врач представляет беременной информацию о результатах обследования, наличии ХА и/или при пороках плода и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.
При наличии пороков плода, не совместимых с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ХА, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию, предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.
Прерывание беременности в связи с пороком плода и в случае перинатальной смерти требует верификации диагноза на основе патологоанатомического исследования плода и экспертной оценки архивированных УЗ-сканов и клипов, а также данных магнитно-резонансной томографии (МРТ)/компьютерной томографии (КТ).
Верификация антенатального диагноза «порок плода» или ХА после рождения ребенка осуществляется профильными специалистами.
Заключение о результатах верификации пренатального диагноза после прерывания беременности или рождения ребенка с пороком развития плода или ХА направляется в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода в электронном виде и размещается в медицинской карте пациентки (электронной карте медицинской системы) или выдается ей на руки.
При отказе женщины прервать беременность из-за наличия порока плода или иных сочетанных пороков, не совместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с настоящей главой. Выбор медицинской организации для родоразрешения определяется с учетом наличия экстрагенитальных заболеваний у беременной, особенностей течения беременности и наличия в акушерском стационаре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.
При диагностированных пороках развития плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденному, проводится консилиум врачей в составе врача — акушера-гинеколога, врача-педиатра, врача-неонатолога и врача — специалиста по профилю выявленного порока плода.

Глава I. Организация работы женской консультации

Если по заключению консилиума врачей возможна внутриутробная хирургическая коррекция порока во время беременности, женщине предлагается госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».
Если по заключению консилиума врачей возможна хирургическая коррекция порока развития плода в неонатальном периоде, направление беременных для родоразрешения осуществляется в соответствии с территориальным планом маршрутизации в акушерские стационары, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и возможность оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия».
Заключение консилиума врачей выдается на руки беременной для предъявления по месту наблюдения по беременности, направляется лечащему врачу в электронном виде и размещается в медицинской карте пациентки (электронной карте медицинской системы).
При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной с сердечно-сосудистым заболеванием плода, требующим хирургической помощи, консилиум врачей руководствуется нижеперечисленными положениями.
При наличии у плода врожденного порока сердца (ВПС), требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии, сердечно-сосудистой хирургии и/или детской хирургии, и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи, в том числе с привлечением врачей — сердечно-сосудистых хирургов из иных медицинских организаций, или в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Эвакуация новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи может осуществляться выездной педиатрической анестезиолого-реанимационной бригадой скорой медицинской помощи.
К ВПС, требующим кардиохирургического вмешательства в первые дни жизни, относятся:

- ВПС с обструкцией системного кровотока (коарктация аорты/перерыв дуги аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца, критический стеноз клапана аорты);
- ВПС с обструкцией легочного кровотока (атрезия/стеноз легочной артерии с протокзависимой гемодинамикой, критическая форма аномалии Эбштайна, тотальный аномальный дренаж легочных вен с рестрикцией на коллекторе);
- простая транспозиция магистральных артерий;
- открытый артериальный проток у недоношенных (в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения).

К ВПС, требующим планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней жизни ребенка, относятся:

- простая транспозиция магистральных артерий с дефектом межжелудочковой перегородки более 6 мм;
- тотальный аномальный дренаж легочных вен;
- общий артериальный ствол;
- аортолегочное окно;
- гемитрункус;
- аномалия Тауссиг–Бинга без выраженной обструкции системного и легочного кровотока;
- ВПС с гиперволемией малого круга кровообращения, требующей суживания легочной артерии или другого паллиативного кардиохирургического вмешательства до 28 дней жизни;
- тетрада Фалло с агенезией клапана легочной артерии.

При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной с пороком плода (за исключением ВПС), требующим хирургической помощи, консилиум врачей в составе врача — акушера-гинеколога, врача — детского хирурга, врача-неонатолога, врача УЗ-диагностики и врача — специалиста по профилю выявленного порока развития плода руководствуется нижеперечисленными положениями.
При наличии изолированного порока плода (поражение одного органа или системы) и отсутствии данных за возможное сочетание порока с генетическими синдромами или ХА беременная направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии, детской хирургии, и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи, в том числе с привлечением врачей — специалистов по профилю выявленного порока развития плода из иных медицинских организаций, или в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации новорожденного в специализированный детский стационар.
При наличии порока развития плода, сочетающегося с ХА, или наличии множественных пороков проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья новорожденного, включая генетическое обследование, эхо-кардиографию и МРТ и/или КТ плода. По результатам дообследования рекомендуется организация консультирования консилиумом врачей федеральной медицинской организации (в том числе дистанционно) для решения вопроса о месте родоразрешения беременной.
При невозможности оказания новорожденному с ВПР, включая ВПС, необходимой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации беременные направляются на родоразрешение в акушерские стационары федеральных медицинских организаций.
В группе высокого риска позднего выкидыша и ПР необходимо проводить УЗ-цервикометрию 1 раз в 1–2 нед с 15–16-й до 24-й недели.

Глава I. Организация работы женской консультации

К группе высокого риска позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе [КР «Нормальная беременность», 2020; «Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), 2021»].
Дополнительные УЗИ в II триместре беременности могут быть назначены при отсутствии или нарушении частоты сердечных сокращений (ЧСС) плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода.
направлять беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений [ПЭ, ПР, ЗРП, предлежание плаценты] и в случае несоответствия ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме для УЗИ плода при сроке беременности 30–34 нед: диагностика поздно манифестирующих пороков, крупного или маловесного плода — направлять беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока во время второго УЗИ (при сроке беременности 18–20 нед), и в III триместре беременности (при сроке беременности 30–34 нед).
Рекомендовано

В этих когортах указанные исследования способствуют снижению перинатальной смертности при программированных родах, их своевременной индукции, адекватному методу, родоразрешению.
направлять беременную пациентку группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока: у них это исследование не сопровождается улучшением материнских или перинатальных исходов.
Не рекомендовано
Дополнительные УЗИ в III триместре беременности (после 34–36-й нед) могут быть назначены для уточнения при подозрении на положения или предлежания плода, при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия), при несоответствии размеров матки и срока беременности (КР «Нормальная беременность», 2020).
Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности установлен приказом Минздравсоцразвития России (см. приложение 9).
Прерывание беременности в сроки, предусмотренные КР, медикаментозным методом проводится врачом — акушером-гинекологом в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара с обязательным наблюдением женщины не менее 1,5–2,0 ч после приема лекарственных препаратов. При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные препараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.
Прерывание беременности в сроке до 12 нед хирургическим методом проводится врачом — акушером-гинекологом в условиях дневного стационара и стационарных условиях. Продолжительность наблюдения женщины в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины и составляет 3–4 ч.
Искусственное прерывание беременности при сроке до 12 нед у женщин с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний и прерывание беременности сроком более 12 нед производится врачом — акушером-гинекологом в стационарных условиях медикаментозным и хирургическим методами.
Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 нед беременности проводится врачом — акушером-гинекологом в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине (при обязательном наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности) и/или в условиях обсервационного отделения акушерского стационара.
Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям при сроке беременности более 22 нед проводится врачом — акушером-гинекологом в условиях акушерского стационара, имеющего возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине с учетом основного заболевания и новорожденному, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела. При фетоциде допустимо прерывание беременности сроком более 22 нед в гинекологическом отделении.
Дилатация шейки матки и кюретаж признаны устаревшими методами хирургического аборта и не должны применяться в клинической практике при прерывании беременности до 12 нед (см. главу VI «Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре»).
Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям проводится в соответствии с КР МЗ РФ (письмо № 15-4/10/2-7839 от 04.12.2018 «Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода»). Регламентированы методы прерывания беременности: .
медикаментозное прерывание беременности или гистеротомия
Заключение о возможности вынашивания беременности формируется врачом — акушером-гинекологом в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов до 11–12-й недели беременности. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной и плода оформляется врачом — акушером-гинекологом до 22-й недели беременности.
Классификация выкидыша по сроку беременности:

Глава I. Организация работы женской консультации

- ранний (до 9-й нед беременности);
- поздний (с 10-й до 21-й нед беременности).

Классификация выкидыша по стадии развития плодного яйца:

- преэмбриональный (до 4-й нед беременности);
- эмбриональный (с 5-й до 9-й нед беременности);
- фетальный (с 10-й до 21-й нед беременности).

выкидыш — боли внизу живота и поясничной области, кровяные выделения из половых путей. Тонус матки повышен, тело матки соответствует сроку беременности, шейка матки не укорочена. При УЗИ регистрируют сердцебиение эмбриона [с 5–6-й нед беременности или при копчико-теменном размере (КТР) ≥7 мм] или плода. Необходимо исключить следующие акушерские осложнения: предлежание или низкое расположение хориона (плаценты), кровотечение из второго рога матки при пороках ее развития, гибель одного плодного яйца при многоплодной беременности.
Угрожающий
Выкидыш — тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности, определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия, возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зевы открыты, цервикальный канал расширен на всем протяжении, элементы плодного яйца находятся в цервикальном канале или во влагалище.
в ходу
выкидыш — беременность прервалась, но в полости матки определяются элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению.
Неполный
выкидыш — прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гноевидными выделениями из половых путей. При осмотре тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки; при бимануальном влагалищном исследовании болезненная, мягкой консистенции матка, цервикальный канал расширен. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции.
Инфицированный
беременность — гибель эмбриона или плода на сроке до 22 нед беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки. Диагноз устанавливается по данным УЗИ.
Неразвивающаяся
Выкидыш происходит в 20% клинически диагностированных беременностей. Из них 80% выкидышей происходит до 12 нед беременности. В структуре выкидышей 1/3 беременностей прерывается до 8 нед по типу анэмбрионии. В 80% выкидышей сначала происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца. Частота инфицированного выкидыша составляет ≈5% всех выкидышей. При угрожающем выкидыше вероятность благоприятного прогноза достигает 85%, но зависит от срока беременности, возраста пациентки и других факторов [КР «Выкидыш (самопроизвольный аборт)», 2021].
выкидыш (ПВ)— наличие у женщины двух и более клинических потерь беременности в сроках до 22 нед.
Привычный
— выкидыши происходят начиная с первой беременности, в анамнезе нет родов.
Первичный ПВ
— выкидыши происходят после как минимум одних родов.
Вторичный ПВ
— выкидышам предшествуют выношенные беременности, а затем, после родов, вновь происходит выкидыш.
Третичный ПВ
Распространенность ПВ в популяции составляет 1–5%. Около 80% ПВ происходит до 12 нед беременности.
Риск повторного выкидыша после первого выкидыша составляет 13–17%, что соответствует частоте выкидыша в популяции, тогда как после двух предшествующих выкидышей риск выкидыша возрастает более чем в 2 раза и составляет 36–38%. Прогноз вынашивания беременности зависит от возраста женщины и наличия родов в анамнезе: у рожавших женщин риск выкидыша ниже (КР «Привычный выкидыш», 2022) (табл. 1.2, 1.3).
Риск выкидыша, возраст матери и число выкидышей в анамнезе, %
Таблица 1.2.
Число выкидышей в анамнезе
Возраст женщины
25–29 лет
30–34 года
35–39 лет
40–44 года

1	15	16–18	21–23	40
2	22–24	23–26	25–30	40–44
≥3	40–42	38–40	40–45	60–65

Риск потери беременности в зависимости от наличия родов в анамнезе
Таблица 1.3.

Число выкидышей в анамнезе	**Риск повторного выкидыша, %**	
1 роды в анамнезе		
Нет родов в анамнезе		
0	11–13	11–13
1	13–17	13–17
2	26	36–38
3–4	32	40–45
≥5	53	53–56

Врачи ЖК осуществляют плановое направление в стационар беременных на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.
В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, разделяются на .
три группы по возможности оказания медицинской помощи

Глава I. Организация работы женской консультации

А. Первая группа — акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача — акушера-гинеколога, направлять в них можно только беременных, имеющих низкую степень риска:

- *экстрагенитальные заболевания у беременной отсутствуют;*
- ; *экстрагенитальные заболевания в наличии, но состояние беременной не требует диагностических и лечебных мероприятий по их коррекции*
- (); *осложнения отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде, ПР, ЗРП при данной беременности отсутствуют*
- ; *определяется плод с массой менее 4000 г в головном предлежании, при нормальных размерах таза матери*
- ; *в анамнезе женщины отсутствует анте-, интра- и ранняя неонатальная смерть*
- *отсутствуют осложнения при предыдущих родах, такие как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма новорожденного.*

Б. Вторая группа — акушерские стационары (перинатальные центры, родильные дома, отделения), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. В эти учреждения направляют пациенток со средним перинатальным риском, к которому относятся беременные со следующими заболеваниями и осложнениями беременности:

- ; *пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений*
- (); *компенсированные заболевания дыхательной системы без дыхательной недостаточности*
- ; *увеличение щитовидной железы без нарушения функции*
- ; *хронический пиелонефрит без нарушения функции*
- ; *инфекции мочевыводящих путей вне обострения*
- () (); *заболевания желудочно-кишечного тракта ЖКТхронический гастрит, дуоденит, колит*
- ; *переношенная беременность*
- ; *предполагаемый крупный плод*
- *анатомическое сужение таза I–II степени;*
- ; *тазовое предлежание плода*
- ; *низкая плацентация после 34-й нед*
- ; *мертворождение в анамнезе*
- ; *многоплодная беременность*
- ; *кесарево сечение (КС) в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке*
- *рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;*
- (); *беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения ЭКО и переноса эмбриона*
- ; *многоводие*
- (); *ПР, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33–36 нед, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы высокой степени риска*
- *ЗРП I–II степени.*

В. Третья А группа (для беременных с высоким риском): акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также II этап выхаживания, акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами.
:
Критерии для направления беременных в акушерские стационары третьей А группы

- ; *ПР, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 нед, при отсутствии противопоказаний для транспортировки*
- ;

предлежание плаценты после 34-й нед
- *поперечное и косое положение плода;*
- ;
ПЭ, эклампсия
- ;
холестаз, гепатоз беременных
- ;
в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке
- ;
рубец на матке с признаками несостоятельности после КС, консервативной миомэктомии или перфорации матки
- ;
беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III–IV степени при предыдущих родах
- ;
ЗРП II–III степени
- ;
изоиммунизация при беременности
- ;
наличие у плода врожденных аномалий (ВПР), требующих хирургической коррекции
-);
метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения
- *водянка плода;*
- *выраженное многоводие и маловодие;*
- [()];
заболевания сердечно-сосудистой системы ревматические пороки сердца и ВПС вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензияАГ
- ;
тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности
- ;
заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности
- ();
диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром АФС
- ;
заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или АГ, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии
- ();
заболевания печени токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени
- [()];
эндокринные заболевания сахарный диабет СД любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность
- ();
заболевания органов зрения миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома
- ();
заболевания крови гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови
- ();
заболевания нервной системы эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов
- ;
миастения
- ;
злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации
- ;
сосудистые мальформации, аневризмы сосудов
- ;
перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза
- *прочие состояния, угрожающие жизни беременной, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.*

Г. Третья Б группа — акушерские стационары, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам и новорожденным, обладающие новыми методами диагностики и лечения акушерских, гинекологических и неонатальных заболеваний.
В них направляются беременные высокого риска, нуждающиеся в высокотехнологичной, специализированной помощи или инновационных методах лечения.
При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная направляется в отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом — акушером-гинекологом. При необходимости .
профильноеродоразрешение проводится в профильном отделении
При наличии акушерских осложнений беременная направляется в акушерский стационар.
При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний беременная направляется в стационар медицинской организации по профилю . В дневные стационары направляются женщины в период беременности и в послеродовой период, нуждающиеся в инвазивных манипуляциях, ежедневном наблюдении и/или выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4–6 ч в сутки.
заболевания, определяющего тяжесть состояния
Беременная и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом — акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости направления в стационар до родов решается индивидуально.
:
В консультативно-диагностические отделения перинатальных центров направляются беременные
а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания, включая рост беременной ниже 150 см, алкоголизм, наркоманию у одного или обоих супругов;

Глава I. Организация работы женской консультации

б) отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, ПЭ, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с ВПР, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);
в) акушерскими осложнениями [ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh- и АВ0-изосенсибилизация), анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков];
г) выявленными аномалиями плода для определения акушерской тактики и учреждения для родоразрешения.
Врач ЖК при наблюдении беременной должен своевременно оценить перинатальный (на этапе ЖК), риск и риск со стороны заболеваний для выбора маршрутизации пациентки на родоразрешение.

пренатальныйакушерскийэкстрагенитальных
Сразу после постановки на учет по беременности заполняется шкала факторов пренатального риска, которая позволяет отнести беременную к низкой, средней или высокой группе риска. После первичного обследования и консультации смежных специалистов (через 7–10 дней после первого посещения) эта балльная оценка пересчитывается, и группа риска пересматривается.
Факторы пренатального риска оцениваются согласно шкале пренатальных факторов риска на этапе ЖК в каждой индивидуальной карте беременной и родильницы (медицинская документация СССР, форма № 111/у, была утверждена Минздравом СССР от 04.10.1980 № 1030). При применении следует учитывать, что настоящий приказ утратил силу в связи с изданием приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 № 750. В последующем в данный приказ «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» были внесены изменения 31.12.2002. В дальнейшем приказ не пересматривался, однако письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные настоящим приказом.
В то же время порочная практика заполнять при первой явке «короткую» ф. 25/у и при дальнейших осложнениях беременности и неблагоприятных исходах относится к , что чревато не только административными, но и правовыми последствиями.
недопустима*ненадлежащему исполнению профессиональных обязанностей*
По каждому разделу шкалы риска (см. приложение 10) во время беременности баллы суммируются, и формируется (балльная).
группа риска
Сроки оценки группы пренатального риска в ЖК:
I этап — оценка факторов риска после постановки женщины на учет по беременности;
II этап — после первичного обследования и консультации смежных специалистов (через 7–10 дней после первого посещения);
III этап — на сроке 16 нед;
IV этап — в 22 нед беременности;
V этап — в 30 нед беременности;
VI этап — в 36 нед беременности;
VII этап — в конце беременности (40 нед).
Кроме того, эти факторы риска и в целом группа риска пересматриваются при каждом изменении клинического диагноза (возникновение осложнений беременности, экстрагенитального заболевания во время беременности в не указанные в перечне сроки).
По значению общей определяется на амбулаторном этапе.
суммы баллов степень пренатального риска
перинатального риска относятся беременные, имеющие сумму баллов до 14 включительно.
К низкой степени
относятся беременные, имеющие от 15 до 24 баллов включительно.
К средней степени риска
перинатального риска относятся беременные, имеющие 25 баллов и более (см. приложение 10). Беременных группы высокого риска необходимо мониторировать.
К группе высокого
В сложившейся демографической ситуации каждая наступившая беременность представляет огромную ценность, и задача акушеров — сделать ее максимально безопасной.
:
К группе высокого риска акушерских осложнений необходимо относить женщин, угрожаемых

- по невынашиванию беременности;
- ПР (недонашиванию беременности);
- кровотечению;
- пре- и эклампсии;
- фетоплацентарной недостаточности (ФНП);
- возникновению послеродовых гнойно-септических осложнений;
- риску тромбоэмболических осложнений (ТЭО);
- резус-конфликту;
- акушерскому травматизму.

Выделяются также совместно с профильными специалистами беременные высокой группы риска тяжелой экстрагенитальной заболеваемости и по риску ВПР плода.
Женщин из группы высокого риска обязательно осматривает заведующий ЖК.
.
На основании имеющихся КР возможна оценка факторов риска по конкретным акушерским осложнениям
[КР «Выкидыш (самопроизвольный аборт)», 2021]:
Факторы, связанные с ранней потерей беременности

- возраст матери >35 лет, возраст отца >40 лет;
- число потерь беременности в анамнезе: риск потери беременности после первого выкидыша составляет 13–17%, что соответствует частоте выкидыша в популяции, тогда как после двух предшествующих выкидышей риск выкидыша возрастает более чем в 2 раза и составляет 36–38% (см. табл. 1.2);
- ожирение или недостаточная масса тела (>30 кг/м или <18,5 кг/м);

22

- избыточное потребление кофеина (>5 чашек кофе в день или >100 г кофеина в сутки);
- употребление алкоголя и наркотиков;
- неблагоприятные условия труда (действие ртути, свинца, паров бензола, циклогексана, нитрокраски, смолы, пыли, пестицидов, шума, вибрации), а также длительное воздействие химических и/или физических факторов, не связанное с профессиональной деятельностью;
- хронические заболевания: АФС, тромбофилии высокого риска ТЭО, синдром поликистозных яичников (СПКЯ), заболевания щитовидной железы, декомпенсированный СД, целиакия;
- острые и хронические инфекционные заболевания: листериоз, сифилис, хламидиоз, токсоплазмоз, острые респираторные вирусные заболевания, инфекция, вызванная ВИЧ, туберкулез;
- прием лекарственных препаратов: итраконазола, метотрексата, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), ретиноидов, пароксетина, венлафаксина;
- заболевания матки: аномалии развития матки, миома матки, операции на шейке матки, внутриматочные синехии;
- лихорадка >38 °С;
- дефицит фолиевой кислоты.

Глава I. Организация работы женской консультации

:
Факторы риска ПВ (КР «Привычный выкидыш», 2022)

- возраст матери >35 лет, возраст отца >40 лет;
- ожирение или недостаточная масса тела (>30 кг/м или <18,5 кг/м);

22

- избыточное потребление кофеина (>5 чашек кофе в день или >100 г кофеина в сутки);
- употребление алкоголя и наркотиков;
- курение (>10 сигарет в день);
- неблагоприятные условия труда (действие ртути, свинца, паров бензола, циклогексана, нитрокраски, смолы, пыли, пестицидов, шума, вибрации), а также длительное воздействие химических и/или физических факторов, не связанное с профессиональной деятельностью;
- хронические заболевания: АФС, тромбофилии высокого риска ТЭО, СПКЯ, заболевания щитовидной железы, декомпенсированный СД, целиакия, ревматические заболевания, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, железодефицитная анемия;
- острые и хронические инфекционные заболевания: листериоз, сифилис, хламидиоз, токсоплазмоз, острые респираторные вирусные заболевания, инфекция, вызванная ВИЧ, туберкулез;
- заболевания матки: аномалии развития матки, миома матки, операции на шейке матки, внутриматочные синехии;
- искусственные аборты и выкидыши в анамнезе;

- трубный фактор бесплодия;
- беременность вследствие применения ВРТ;
- наличие в семье случаев мертворождения, перинатальных смертей неясного генеза, ПВ, ПР;
- бактериальный вагиноз (БВ) и ИППП;
- воспалительные заболевания мочевых путей;
- хронический эндометрит;
- нарушения менструального цикла, обусловленные гиперпролактинемией, гипотиреозом, недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ), гиперандрогенией.

. Оценка факторов риска обязательна у женщин, уже имевших потери беременности в II триместре и/или ранние ПР (причем как у планирующих зачатие, так и у беременных). При этом управляемые факторы риска подлежат обязательной коррекции, начиная с прегравидарного этапа и ранних сроков наступившей беременности (КР «Истмико-цервикальная недостаточность», 2019).

Факторы ИЦН

- Функциональные нарушения (см. главу V «Гинекологическая помощь в женской консультации»):

- гиперандрогенизм (у каждой третьей пациентки с ИЦН), в том числе в связи с адреногенитальным синдромом и СПКЯ;
- недостаточность прогестерона, в том числе недостаточность лютеиновой фазы цикла;
- генитальный инфантилизм.
- Анатомические факторы:

- ВПР матки (двурогая, седловидная матка, наличие внутриматочной перегородки);
- индивидуальные анатомические особенности (этот фактор риска следует считать относительным — многие женщины с врожденным укорочением шейки матки рожают в срок);
- приобретенные деформации шейки матки, в том числе:

- невосстановленные разрывы шейки матки после родов или внутриполостных вмешательств (частый фактор риска);
- после инструментального расширения цервикального канала при гинекологических манипуляциях (гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание);
- после хирургического аборта;
- после оперативных вмешательств на шейке матки (диатермокоагуляция, конизация, в том числе радиоволновая) при интраэпителиальных поражениях, в том числе РШМ.
- Особенности настоящей беременности:

- многоплодие;
- многоводие.
- Генетические и врожденные факторы:

- наследственность: треть беременных с ИЦН имеют родственниц первой линии с таким же осложнением гестации;
- дисплазия соединительной ткани, в том числе при синдромах Эллерса–Данло и Марфана;
- полиморфизм ряда генов, ответственных за метаболизм соединительной ткани и выработку медиаторов воспаления, которые могут быть ассоциированы с ИЦН.
- Экстрагенитальные заболевания:

- избыточная масса тела и ожирение;
- железодефицитная анемия (увеличивает риск ПР в 1,6 раза);
- коллагенозы и системные васкулиты, в том числе системная красная волчанка, склеродермия, ревматоидный артрит.
- Особенности акушерско-гинекологического анамнеза:

- поздний самопроизвольный выкидыш (особенно при быстром и малоболезненном клиническом течении);
- ПР — в первую очередь самопроизвольные, но и индуцированные ПР — также фактор риска ИЦН;
- преждевременный разрыв плодных оболочек (ранее 32 нед) при предыдущей беременности;
- укорочение шейки матки до менее чем 25 мм до 27-й недели беременности;
- два вмешательства и более с расширением цервикального канала; механическое расширение шейки матки (дилатация и кюретаж, гистероскопия) — наиболее частая причина у женщин, не имевших укорочения шейки матки во время предыдущей беременности.
- Инфекционно-воспалительные и дисбиотические состояния:

- дисбиоз половых путей [бактериальный вагиноз (БВ)] и вагинальные инфекции любого генеза;
- воспалительные заболевания мочевых путей;
- хронический эндометрит.

(КР «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде», 2021).

ПЭ

- ПЭ в анамнезе.
- Раннее начало ПЭ и ПР на сроке менее 34 нед в анамнезе.
- ПЭ более чем в одной предшествующей беременности.
- Хронические заболевания почек.
- Аутоиммунные заболевания: системная красная волчанка, АФС.
- Наследственная тромбофилия.
- СД 1-го или 2-го типа.
- Хроническая гипертензия.
- Первая беременность.
- Интервал между беременностями более 10 лет.
- Новый партнер.
- ВРТ.
- Семейная история ПЭ (мать или сестра).
- Чрезмерная прибавка массы тела во время беременности.
- Инфекции во время беременности.
- Многократные беременности.
- Возраст 40 лет или более.
- Этническая принадлежность: скандинавский, африканский, южноазиатский или тихоокеанский регион.
- Индекс массы тела (ИМТ) 35 кг/м или более при первом посещении.

2

- Систолическое АД более 130 мм рт.ст. или диастолическое АД более 80 мм рт.ст.
- Увеличенный уровень триглицеридов перед беременностью.
- Семейная история сердечно-сосудистых заболеваний.
- Низкий социально-экономический статус.
- Прием кокаина, метамфетамина.

Глава I. Организация работы женской консультации

При наличии большого числа факторов риска ПЭ следует отметить, что к группе высокого риска ПЭ относятся пациентки с указанием на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе (КР «Нормальная беременность», 2020) (табл. 1.4).

Послеродовые кровотечения (Клинические рекомендации «Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях», 2018)

Таблица 1.4.

	Низкий риск		**Средний риск**	**Высокий риск**
Одноплодная беременность	Многоплодная беременность	Предлежание, плотное прикрепление или врастание плаценты		
<4 родов в анамнезе	>4 родов в анамнезе	Гематокрит <30		
Неоперированная матка	КС или операция на матке в анамнезе	Кровотечение при госпитализации		
Отсутствие послеродовых кровотечений в анамнезе	Миома матки больших размеров	Установленный дефект системы свертывания крови		
Хориоамнионит	Послеродовое кровотечение в анамнезе			

В целях индивидуальной стратификации риска и выбора метода профилактики в динамике данной беременности, родах и в послеродовом периоде может быть использована (см. приложение 11) (КР «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия», 2022).
шкала оценки риска ТЭО
. К группе высокого риска относятся пациентки с ИМТ ≥30 кг/м, указанием в анамнезе на роды плодом с массой тела ≥4,5 кг или ГСД, отягощенным по СД семейным анамнезом (КР «Нормальная беременность», 2020).
Гестационный сахарный диабет (ГСД)[2]
оказания медицинской помощи см. выше.
Критерии для определения этапности
Направление беременных (рожениц) в акушерские стационары осуществляется в соответствии с планами маршрутизации и санитарно-эпидемиологическими правилами.
После родов родильница направляется с выпиской из медицинской организации в ЖК по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.
Спектр обследования беременных
Обследование в I триместре (и при первой явке)
Рекомендовано определять срок беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плода при первом визите беременной.
При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 нед) к 1-му дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле). При иной длительности менструального цикла необходимо вносить поправки в расчет срока родов в сторону увеличения срока при более длинном цикле и в сторону уменьшения срока при более коротком цикле (КР «Нормальная беременность», 2020).
УЗИ — более точный метод определения срока беременности и родов. Рекомендовано использовать показатель КТР плода для определения срока беременности и родов по данным УЗИ в I триместре беременности. При КТР >84 мм необходимо использовать показатель окружности головки плода для определения срока беременности и родов по данным УЗИ (КР «Нормальная беременность», 2020).
При беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов [дата переноса плюс 266 дней (38 нед) минус число дней, равное сроку культивирования эмбриона] (КР «Нормальная беременность», 2020).
При отсутствии УЗИ в I триместре и информации о дате последней менструации срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ. В случае расхождения срока по дате последней менструации и УЗИ в 11–14 нед более чем на 5 дней срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ.
Диагностические мероприятия в амбулаторных условиях.
.
Анамнез
Анамнез должен включать следующие данные пациентки:

- возраст;
- наличие профессиональных вредностей;
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты);
- семейный анамнез [указание на наличие у родственников первой линии таких заболеваний, как СД, ТЭО, гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения];
- характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность, обильность и болезненность менструаций);
- акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или абортов, весо-ростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности — самопроизвольная беременность или беременность в результате ВРТ);
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза;
- перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.);
- наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний крови в анамнезе;
- аллергические реакции;
- постоянно принимаемые лекарственные препараты и пищевые добавки;
- возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек (см. КР «Нормальная беременность», 2020).

Глава I. Организация работы женской консультации

Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез.
: молочных желез при первом визите беременной; при обнаружении узловых образований молочных желез направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу. Не требуется регулярно пальпировать молочные железы во время беременности (КР «Нормальная беременность», 2020).
Рекомендовано *пальпация*
(): измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ (масса тела в кг/рост в м) при первом визите, проводить контроль динамики прибавки массы тела при всех последующих визитах беременной.
Антропометрияизмерение роста, массы тела, определение ИМТ[2]
Основное влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает прибавка массы тела во время беременности, а не ИМТ до беременности. Рекомендуемая еженедельная прибавка массы тела в I триместре составляет не более 0,5–2,0 кг/нед. Прибавка массы тела происходит в том числе в связи с накоплением жидкости (отеками), характерными для периода гестации (КР «Нормальная беременность», 2020) (табл. 1.5).
.
Измерение АД и пульса при каждом визите беременной на двух руках
Регулярное измерение АД проводится в целях ранней диагностики гипертензивных осложнений беременности.
Беременной группы высокого риска ПЭ рекомендовано назначить ежедневный мониторинг АД на протяжении всей беременности (КР «Нормальная беременность», 2020).
Рекомендуемая еженедельная и общая прибавка массы тела в зависимости от индекса массы тела*
Таблица 1.5.

Категория	**ИМТ, кг/м**[2]	**Рекомендуемая прибавка массы тела**	
		За всю беременность, кг	**Еженедельная, кг/нед(в II и III триместрах)**
Недостаток массы тела	<18,5	12,5–18,0	0,44–0,58
Нормальная масса тела	18,5–24,9	11,5–16,0	0,35–0,50
Избыток массы тела	25,0–29,9	7–11	0,23–0,33
Ожирение	≥30,0	5–9	0,17–0,27

* КР «Нормальная беременность» (2020).

:
Показания к суточному мониторированию АД у беременных

- артериальная гипертензия;
- гипертензия «белого халата»;
- маскированная артериальная гипертензия;
- заболевания почек (гломерулонефрит, хроническая болезнь почек);
- СД 1-го и 2-го типа;
- тиреотоксикоз;
- тромбофилия, АФС;
- системная красная волчанка;
- ожирение;
- ПЭ.

Хроническая артериальная гипертензия — повышение уровня АД ≥140/90 мм рт.ст., определяемое наступления беременности или ее развития. Артериальная гипертензия, диагностированная после 20-й недели гестации и не исчезнувшая в течение 12 нед после родов, также классифицируется как существовавшая ранее артериальная гипертензия, но уже ретроспективно.
додо20-йнедели
В группу «хроническая артериальная гипертензия» помимо гипертонической болезни и симптоматической АГ входят КР «Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности, национальные рекомендации» (2018) (разработаны Комитетом экспертов Российского кардиологического общества. Секция «заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных»):

- гипертензия «белого халата» и маскированная артериальная гипертензия — повышение АД при офисных измерениях (АД ≥140/90 мм рт.ст.), АД <140/90 мм рт.ст. при самостоятельном (домашнем) измерении или при суточном мониторировании АД (среднесуточное АД <135/85 мм рт.ст.).

.
Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование
Гинекологический осмотр во время беременности включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности, болезненности матки, осмотр придатков матки.
повторные гинекологические осмотры беременной.
Не рекомендованы без показаний
: наличие жалоб, признаки ИЦН и ПР, определение соотношения головки плода и размеров таза (КР «Нормальная беременность», 2020).
Показания для повторных гинекологических осмотров
: определять частоту сердцебиения плода для подтверждения жизнедеятельности эмбриона при помощи фетального допплера после 12-й недели беременности; при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) рекомендовано направить беременную на УЗИ (КР «Нормальная беременность», 2020).
Рекомендовано
Анализы крови.
Общий (клинический) анализ крови развернутый.
Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина (Hb) в I триместре составляет ≥110 г/л, в III триместре — ≥105 г/л. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано определение сывороточного ферритина как наиболее точного показателя уровня железа (КР «Нормальная беременность», 2020).
Анализ крови биохимический (общетерапевтический): общий белок, мочевина, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, аланин-трансаминаза, аспартат-трансаминаза, общий холестерин.
Надежная доказательная база необходимости данного исследования отсутствует, но оно принято в отечественной практике (КР «Нормальная беременность», 2020).
Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) — количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени.

Глава I. Организация работы женской консультации

Определение антител классов M, G [иммуноглобулин (Ig) M, IgG] к вирусу краснухи в крови, определение антител к токсоплазме в крови.
Определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи () в крови однократно при первом визите в I или II триместре беременности. Обследование на ранних сроках беременности позволяет выявить серонегативных пациенток и информировать их о возможности инфицирования. При отсутствии или недостаточном уровне иммуноглобулинов класса G к вирусу краснухи пациентка должна быть информирована о риске инфицирования вирусом краснухи во время беременности.
Rubella virus
Направлять беременную на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови однократно при первом визите.
Определение уровня ТТГ проводится в целях раннего выявления и терапии гипотиреоза. Референсное значение уровня ТТГ у беременной составляет <3,0 МЕ/мл. При ТТГ ≥3,0 МЕ/мл беременную следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу (КР «Нормальная беременность», 2020).
МЕ — международная единица.
рутинно направлять беременную на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме () в крови во время беременности (КР «Нормальная беременность», 2020).
Не рекомендовано*Toxoplasma gondii*
Определение основных групп крови (A, B, 0) и резус-принадлежности пациентки и ее супруга.
У резус-отрицательных беременных определять антирезусные антитела при первом визите, затем при отсутствии антител — в 18–20 и 28 нед беременности.
При выявлении антирезусных антител беременная должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию третьего уровня для дальнейшего наблюдения.
У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор мужа/партнера.
При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера определение антирезусных антител не проводится.
При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови мужа/партнера беременной можно предложить неинвазивное определение резус-фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК. При определении резус-отрицательной принадлежности крови плода определение антирезусных антител в крови матери не проводится (КР «Нормальная беременность», 2020).
рутинно направлять беременную на определение антител к группе крови I (0).
Не рекомендовано
Доказательная база предикции гемолитической болезни плода (ГБП) по системе AB0 отсутствует (КР «Нормальная беременность», 2020).
Биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: PAPP-A и свободная β-ХГЧ (11–14 нед).
Для исключения анеуплоидии плода пациентке может быть дополнительно предложен неинвазивный пренатальный скрининг после 10-й недели беременности. Рекомендовано направлять беременную с высоким риском анеуплоидии плода на медико-генетическое консультирование, в ходе которого врач-генетик рекомендует или не рекомендует пациентке инвазивную пренатальную диагностику (биопсия ворсин хориона, амниоцентез) с последующим цитогенетическим или молекулярным кариотипированием полученного материала. Биопсия ворсин хориона проводится при сроке 10–14 нед беременности, амниоцентез — при сроке беременности >15 нед. Индивидуальный высокий риск ХА у плода по данным скрининга I триместра составляет ≥1/100.
Противопоказаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются инфекционные и воспалительные заболевания любой локализации, угрожающий выкидыш или ПР.
В случаях сенсибилизации по системе Rh(D) необходимо взвесить потенциальную пользу/риск от инвазивной диагностики (КР «Нормальная беременность», 2020).

- Определение антител к бледной трепонеме () в крови.

Treponema pallidum
- Определение антител классов M, G к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови.
- Определение антител классов M, G к антигену вирусного гепатита B и вирусному гепатиту C в крови.

При выявлении инфекции беременная должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза (КР «Нормальная беременность», 2020).
: классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу () в крови во время беременности.
Не рекомендовано *рутинно направлять беременную на определение антителCytomegalovirus*
Антител к вирусу простого герпеса (ВПГ) () в крови во время беременности вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе.
Herpes simplex virus
Данные исследования имеют низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводят к необоснованной терапии цитомегаловирусных и ВПГ-инфекций. Этиотропная терапия и профилактика внутриутробной передачи герпетической и цитомегаловирусных инфекций отсутствует (КР «Нормальная беременность», 2020).
Определение глюкозы венозной плазмы натощак. Диагностика нарушений углеводного обмена включает определение уровня глюкозы в венозной крови натощак. Для беременной нормальное значение глюкозы натощак составляет <5,1 ммоль/л, уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) — <6,5%. При значениях глюкозы ≥5,1 ммоль/л или HbA1c ≥6,5% беременную следует направить на консультацию к эндокринологу (КР «Нормальная беременность», 2020; КР «Гестационный сахарный диабет», 2014).

Глава I. Организация работы женской консультации

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжеподобные грибы рода кандида.
молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек на возбудителей ИППП (, , ,). Данное исследование может быть на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом, воспалительным характером микроскопического исследования мазка; определение ДНК и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (, ,) (КР «Нормальная беременность», 2020). : (мазка с поверхности шейки матки и стенок цервикального канала) при первом визите во время беременности. Данное исследование в целях скрининга РШМ следует рекомендовать, если с момента последнего исследования прошло более 3 лет при отрицательном анализе на ВПЧ и нормальных данных предыдущих цитологических исследований (интраэпителиальные поражения и злокачественные процессы отсутствуют), или если с момента последнего исследования прошло более 1 года при положительном или неизвестном ВПЧ-статусе, или хотя бы при одном патологическом предыдущем цитологическом исследовании [ASCUS, низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (LSIL), плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени (HSIL)] вне зависимости от наличия терапии в анамнезе (КР «Нормальная беременность», 2020).
Не рекомендовано*NeisseriagonorrhoeaeTrichomonasvaginalisChlamydiatrachomatisMycoplasmagenitaliumрекомендовано при появлении жалоб Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Lactobacillus spp.UreaplasmaparvumU.urealyticumMycoplasmahominis***Рекомендовано** *pH-метрия вагинальных выделений — основной способ оценки влагалищного биотопа; цитологическое исследование микропрепарата шейки матки*
().
Электрокардиография по назначению врача-терапевта врача-кардиолога
Анализ мочи.
направлять беременную пациентку на микробиологическое (культуральное)исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии (ББ) при 1-м визите.
Рекомендовано
Раннее выявление бактериурии и своевременная терапия снижают риск развития пиелонефрита, ПР и ЗРП (КР «Нормальная беременность», 2020).
Обследование в II триместре
. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Определение ОЖ, ВДМ, тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа.
Анамнез
Анализ мочи.
после 22 нед беременности во время каждого визита беременной пациентки определять белок в моче с помощью специальных индикаторных полосок.
Рекомендовано
измерять ОЖ, ВДМ и вести гравидограмму (образец см. в приложении 12) при каждом визите беременной после 20-й недели беременности. Соответствие ВДМ сроку беременности представлено в табл. 1.6. Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-го или выше 90-го перцентиля распределения ВДМ, то необходимо УЗИ для оценки развития плода и определения количества околоплодных вод (КР «Нормальная беременность», 2020) (см. табл. 1.6).
Рекомендовано
Соответствие высоты дна матки сроку беременности
Таблица 1.6.

	Срок беременности, нед	ВДМ, см
20–21	18–24	
22–23	21–25	
24–25	23–27	
26–27	25–28	
28–29	26–31	
30–31	29–32	
32–33	31–33	
34–35	32–33	
36–37	32–37	
38–39	35–38	
40–42	34–35	

определять частоту сердцебиения плода для подтверждения его жизнедеятельности при помощи акушерского стетоскопа на каждом визите:
Рекомендовано

- после 20-й недели беременности или при помощи фетального допплера после 12-й недели беременности;
- при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) рекомендовано направить беременную на УЗИ;
- проводить опрос беременной по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16–20-й недели беременности (после начала ощущения шевелений плода) (КР «Нормальная беременность», 2020).

направлять беременную группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию с 15–16-й до 24-й недели беременности с кратностью 1 раз в 1–2 нед.
Рекомендовано
К группе высокого риска позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе (см. КР «Нормальная беременность», 2020; КР «Истмико-цервикальная недостаточность», 2019).
Направлять беременную группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока во время второго УЗИ (при сроке беременности 18–20 нед) и в III триместре беременности (при сроке беременности 30–34 нед). Выполнение данного исследования способствует снижению перинатальной смертности (КР «Нормальная беременность», 2020).

Глава I. Организация работы женской консультации

При поздней первой явке в II триместре
. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение ИМТ). Измерение размеров таза. Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование.
Анамнез

. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме ( ) в крови, антител классов M, G к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, антител классов M, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови, α-фетопротеина, β-ХГЧ (на сроке 16–18 нед). Определение глюкозы венозной плазмы натощак; пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы в 24–28 нед (за исключением беременных с уже диагностированным СД).
Анализы крови и мочиTreponetapallidum
Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококки, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжеподобные грибы рода кандида.
[()].
Электрокардиография по назначению врача-терапевта врача-кардиолога
Обследование в III триместре
. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Определение ОЖ, ВДМ, тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода.
Анамнез
После 32 нед беременности определяют положение плода, предлежащую часть.
В целях определения тактики ведения родов оценивают положение и предлежание плода при каждом визите беременной после 34–36-й недели беременности. При подозрении на неправильное положение и/или предлежание плода пациентку необходимо направить на УЗИ плода (КР «Нормальная беременность», 2020).
Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококки, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжеподобные грибы рода кандида.
()
Скрининговое УЗИ плода на сроке 30–34 нед с допплерометрией, кардиотокография КТГ плода после 33-й недели.
выполнять КТГ плода с 33-й недели беременности с кратностью 1 раз в 2 нед (КР «Нормальная беременность», 2020); направлять беременную на определение стрептококка группы В () в отделяемом влагалища в 35–37 нед беременности.
Рекомендовано*Streptococcus agalactiae*
Обследование на носительство стрептококка группы В и последующая терапия во время беременности приводят к уменьшению колонизации стрептококком родовых путей женщин и рождению детей с признаками внутриутробной инфекции. При положительном результате исследования пациенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах. Доказательной базы эффективности этого мероприятия нет, но рекомендация существует (КР «Нормальная беременность», 2020).
Беременность с резус-иммунизацией; синдром ЗРП и плацентарные нарушения; многоводие и другие нарушения со стороны амниотической жидкости и плодных оболочек; медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода и др. направлять женщин группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока, так как эта мера не сопровождается улучшением материнских или перинатальных исходов (КР «Нормальная беременность», 2020).
Не рекомендовано
При поздней первой явке в III триместре
. Отнесение к группе риска акушерских и перинатальных осложнений. Определение срока беременности и родов.
Анамнез
. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение ИМТ). Измерения таза, ОЖ, ВДМ.
Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез
Пальпация матки, плода, аускультация плода с помощью стетоскопа. Осмотр шейки матки в зеркалах. Влагалищное исследование.
(общий, биохимический общетерапевтический, уровень глюкозы или HbA1c, коагулограмма, ТТГ) и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, антирезусных антител у резус-отрицательных женщин, определение антител к бледной трепонеме ( ) в крови, антител классов M, G к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, антител классов M, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови.
Анализы кровиTreponetapallidum
Проведение ПГТТ.
Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококки, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжеподобные грибы рода кандида.
Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки.
(35–37 нед).
Определение антигена стрептококка группы В в отделяемом цервикальногоканала
()
Микробиологическое культуральное исследование средней порции мочи на бактериальные патогены.

- Электрокардиография.
- УЗИ плода на сроке 30–34 нед с допплерометрией, КТГ плода после 33-й недели (КР «Нормальная беременность», 2020).

Этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности
План ведения беременной должен включать:

- *порядок наблюдения;*
- ;
обязательный объем обследования и его дополнения
- ;
профилактические мероприятия с указанием сроков
- ;
лечебные мероприятия с указанием сроков
- *маршрутизацию беременной, сроки госпитализации с указанием учреждений.*

является , который включает в себя следующие пункты: диета беременной, режим труда и отдыха, гигиена беременной, освобождение от неблагоприятных условий труда, обязательное обследование (приказ № 1130 н), посещение школ беременных и психопрофилактической подготовки к родам, скрининг пренатальных факторов риска, оценка факторов высокого акушерского риска и экстрагенитальных заболеваний и др.
Примеромплан ведения беременных в ЖК

Глава I. Организация работы женской консультации

План должен быть обязательно изменен при возникновении какого-либо осложнения беременности, выявлении экстрагенитальных заболеваний, изменении группы риска.
Все женщины, отнесенные к группе высокого риска, должны быть осмотрены заведующим ЖК, как и в других необходимых случаях. Ведущее значение имеет совместная работа акушера-гинеколога и смежных специалистов, в первую очередь терапевта, — они составляют программу ведения беременной и при высокой степени риска намечают оптимальный срок родоразрешения.
При первом посещении беременной терапевта он оценивает состояние жизненно важных органов женщины и решает вопрос о возможности прогрессирования беременности, а при наличии заболеваний выстраивает план совместного с акушером-гинекологом ведения женщины.
При направлении к специалистам следует указать цель:
«Просим дать заключения о перенесенных заболеваниях, диспансерном учете, диагнозе: если состояла на учете, дате снятия с учета, диагнозе в настоящее время, рекомендациях по ведению беременности, обследованию, лечению и наблюдению за беременной».
Целесообразна следующая :
частота визитов к врачу ЖК

- второй визит — через 7–10 дней после первого с результатами обследования;
- далее — четыре визита по усмотрению врача.

При выявлении соматических болезней или осложнений беременности частота посещений индивидуализируется. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходим патронаж. Обменная карта выдается на руки беременной .
не позже третьей явки в ЖК
Дополнительные данные последующих осмотров и обследований заносятся в карту при каждом посещении беременной врача ЖК.
В случае отъезда беременной в другой населенный пункт врач обязательно разъясняет необходимость дальнейшего наблюдения.

Занятия в школе матерей необходимо начинать сразу после постановки женщины на учет по беременности.

Глава I. Организация работы женской консультации

Гинекологическая помощь в женской консультации
Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями (приказ № 1130н) предполагает систему оказания профилактической, лечебной помощи и организацию диспансерного наблюдения гинекологических больных.
К основным задачам первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным относятся профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).
Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в ЖК, в том числе с использованием выездных методов оказания медицинской помощи, дистанционного консультирования и телемедицины.
На этапе первичной медико-санитарной помощи врач — акушер-гинеколог взаимодействует со специалистами кабинета медико-социальной помощи ЖК (специалистом по социальной работе, психологом) в части осуществления мероприятий по предупреждению абортов и консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся для прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после родов.
Медицинская документация ведется в соответствии с нормативными документами — приказ № 1130н, приложение № 6 «Карта пациента дневного стационара акушерско-гинекологического профиля (вкладыш в карту стационарного больного)» (учетная форма № 003-2/у-20).
На каждую женщину, впервые обратившуюся в ЖК в связи с жалобами либо по направлению смежных специалистов, а также для профилактического осмотра, оформляется медицинская карта пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях)» (приложение № 5 приказа № 1130н, учетная форма № 025/у) с подробным описанием анамнеза, жалоб, результатов анализов и гинекологического обследования.
:
Группы диспансерного наблюдения пациенток в ЖК (приказ № 1130н)

- — женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки;

первая диспансерная группа

- — женщины с врожденными аномалиями развития и положения половых органов;

вторая диспансерная группа

- — женщины с нарушениями функций репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

третья диспансерная группа
Женщинам с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы медицинская помощь оказывается на основе КР с учетом стандартов медицинской помощи, с обязательным соблюдением принципов онконастороженности.
Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом — акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по патологии молочной железы.
«»«»(приложения № 5 и 6 приказа № 834н).
Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению устанавливает формат учетной формы № 030/у Контрольная карта диспансерного наблюдения и порядок заполнения данной учетной формы
«» (зарегистрирован в Минюсте России 21.04.2022 № 68288). Данный приказ вступил в силу с 1 сентября 2022 г.
Обновлен нормативный документ, утверждающий порядок диспансерного наблюдения за взрослыми, — приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми
Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного , предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных пациентов.
выявления и оздоровления
В рамках диспансерного наблюдения [при первом в текущем году диспансерном приеме (осмотре, консультации)] организуется профилактический медицинский осмотр.
Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3 рабочих дней после:

- установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

При осуществлении диспансерного наблюдения медицинский работник обеспечивает:

- формирование списков лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное распределение;
- информирование лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения;
- обучение пациентов навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья, определенных врачом-терапевтом (фельдшером) или врачом-специалистом, осуществляющим диспансерное наблюдение, и алгоритмам действия в случае развития жизнеугрожающих состояний.

Глава I. Организация работы женской консультации

Наличие медицинских показаний для диспансерного наблюдения, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), длительность диспансерного наблюдения, объем профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником в соответствии с приказом № 168н, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе КР.
Перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, которые предшествуют развитию злокачественных новообразований, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачами-специалистами (см. приложение 14).
В дневные стационары направляются женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в инвазивных манипуляциях, ежедневном наблюдении и/или выполнении медицинских процедур (внутривенные капельные инфузии), но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 3–6 ч в сутки (см. главу VI).
Стационарная помощь гинекологическим больным оказывается в медицинских организациях, которые в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения разделяются на три группы (уровня) по возможности оказания медицинской помощи.
Первая группа (уровень) — медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями в гинекологических палатах хирургических отделений (с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек, при удаленности ближайшего гинекологического стационара более 100 км и временем доставки пациентов более 60 мин) или гинекологических отделениях в составе ЦРБ, городских больниц, ведомственных больниц с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек.
Вторая группа (уровень) — гинекологические отделения городских больниц, специализированных гинекологических больниц, городских больниц скорой медицинской помощи, родильных домов, межрайонных перинатальных центров, медико-санитарных частей, диспансеров или центров, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек.
Третья А группа (уровень) — гинекологические отделения городских, областных, краевых, республиканских, окружных, клинических больниц, перинатальных центров, центров охраны материнства и детства и других медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».
Третья Б группа (уровень) — гинекологические стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», а также в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологических заболеваниях и госпитализации женщин в гинекологические стационары первой группы (уровня) являются:

- состояния, требующие экстренной и неотложной медицинской помощи;
- состояния, требующие планового оказания специализированной медицинской помощи в объеме, соответствующем уровню оснащенности и квалификации врача — акушера-гинеколога.

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологических заболеваниях и госпитализации женщин в гинекологические стационары второй группы (уровня) являются:

- состояния, требующие экстренной или неотложной медицинской помощи, а также состояния, обусловленные гинекологическими заболеваниями и требующие оказания специализированной медицинской помощи с использованием в том числе современных медицинских технологий (эндоскопических, а также при необходимости привлечения смежных специалистов).

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и госпитализации женщин в гинекологические стационары третьей А группы (уровня) являются:

- гинекологические болезни в сочетании с сопутствующими тяжелыми соматическими, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями абортов и родов;
- заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом, с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров неуточненного происхождения;
- состояния, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи с использованием инновационных технологий, в том числе с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы.

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и госпитализации женщин в гинекологические стационары третьей Б группы (уровня) являются:

- состояния, перечисленные в пункте 75 настоящего Порядка;
- состояния, обусловленные гинекологическими заболеваниями, для оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Перечень обследования гинекологических пациенток регламентирован КР по соответствующей нозологии.
должен в себя включать следующее:
План ведения пациентки диспансерной группы с гинекологическим заболеванием

- заключительный клинический диагноз;
- перечень диагностических процедур, проводимых в процессе наблюдения и лечения;
- показания к стационарному лечению;
- лечебно-оздоровительные мероприятия;
- частоту наблюдения врачом — акушером-гинекологом (с указанием при необходимости цели посещения);
- осмотр врачами других специальностей (по показаниям);
- критерии снятия с диспансерного учета.

Глава I. Организация работы женской консультации

Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам, проживающим в сельской местности
Организация первичной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи на селе, ее объем и качество зависят от удаленности медицинских учреждений от места жительства пациенток, укомплектованности квалифицированными кадрами и необходимым оборудованием, возможности получения специализированной медицинской помощи и реализации порядков оказания помощи на селе. Возможности, темпы и эффективность реформирования здравоохранения, этапность медицинской помощи существенно отличаются в городской и сельской местности, особенно в части специализированной медицинской помощи. Состояние здоровья сельского населения во всех возрастных группах значительно хуже, чем городского.
Первый уровень акушерско-гинекологической амбулаторной помощи на селе — это работа ФАП, врачебных амбулаторий, амбулаторных приемов участковых больниц и смотровых кабинетов. Приближение акушерско-гинекологической помощи к жительницам села, преемственность в работе отдельных ее звеньев, включая ЖК ЦРБ, межтерриториальные перинатальные центры, следует считать основой необходимого радикального изменения работы всех медицинских организаций первого уровня (группы).
Амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь на селе оказывают ЖК районных больниц, ЦРБ, сельские врачебные амбулатории, ФАП — основное амбулаторно-поликлиническое учреждение в сельских населенных пунктах.
ФАП — структурное подразделение медицинской организации, в последние годы работает на основании утвержденного вышестоящим лечебно-профилактическим учреждением положения и приказа МЗ РФ от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».
В малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается в ФАП, фельдшерских здравпунктах акушеркой, фельдшером или, в случае их отсутствия, медицинской сестрой.
Отдельные функции лечащего врача могут возлагаться на фельдшера, медицинскую сестру или акушерку в соответствии с приказом МЗ РФ от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» с изменениями, внесенными приказом МЗ РФ от 31.10.2017 № 882н.
С позиций репродуктивного здоровья и онкогинекологии основным медицинским работником ФАП следует признать . Отдельное физическое лицо (!), ее обязанности «по совместительству» не может исполнять ни фельдшер, ни медсестра. Курирует ФАП врач — акушер-гинеколог ЖК ЦРБ и других лечебно-профилактических учреждений, который обеспечивает качество лечения и наблюдения гинекологических больных и беременных. Пациентки могут быть вызваны для осмотра врачом в ЖК ЦРБ или осмотрены при выездах врачебных бригад или только акушера-гинеколога.
АКУШЕРКУ
Здоровые женщины с неосложненным течением беременности могут постоянно находиться под динамическим наблюдением акушерок, посещая врача — акушера-гинеколога ЖК ЦРБ, районной больницы или выездной врачебной бригады. Объем медицинского обследования на первом этапе соответствует установленным требованиям. Работа направлена в основном на раннее взятие на учет и систематическое наблюдение здоровых беременных в целях предупреждения осложнений беременности, контроля выполнения назначений врача. Она выполняет всю программу диспансерного наблюдения беременных, осуществляет наблюдение за родильницами, проводит онкопрофосмотры и оказывает неотложную помощь по профилю «акушерство и гинекология». Периодическое обследование женщин в ФАП осуществляют врачи ЖК районной больницы или ЦРБ, а также врачи выездной бригады ЦРБ в составе акушера-гинеколога, терапевта, стоматолога и лаборанта.
акушеркиврачебное
На втором этапе амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается ЖК районных больниц, ЦРБ, территориальных медицинских объединений государственного и муниципального подчинения. На этом этапе обеспечивается углубленное обследование состояния здоровья беременной, при необходимости проводятся консультации другими специалистами, после чего составляется индивидуальный план наблюдения за беременными для медицинского персонала первого этапа; за беременными группы риска устанавливается динамическое наблюдение либо беременная передается для дальнейшего наблюдения в ЖК ЦРБ. Женщины группы высокого риска наблюдаются в ЖК. Беременные и гинекологические пациентки, нуждающиеся в специальном обследовании и лечении, направляются на следующий этап в ЖК, поликлиники и стационары республиканских, краевых, областных больниц, перинатальных центров, научно-исследовательские учреждения МЗ Российской Федерации, клиники профильных кафедр высших учебных заведений.
На этих этапах оказывается консультативная и лечебная помощь в основном беременным группы риска и гинекологическим больным, нуждающимся в специальном обследовании и лечении, которые невозможны на предыдущих этапах. Беременным проводятся клинико-диагностические исследования (гормональные, биохимические, микробиологические, функциональные методы и др.) для определения состояния плода.

Глава I. Организация работы женской консультации

Первичная врачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается в малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), в офисах врачей общей практики (семейных врачей), которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
С целью оказания первичной медико-санитарной помощи (врачебной и доврачебной) женщинам, проживающим на селе, организуются (врач — акушер-гинеколог, специалисты кабинета медико-социальной помощи). Выезды организуются на ФАП, во врачебные амбулатории, участковые больницы, участки общей врачебной практики для профилактических осмотров и определения групп здоровья, осмотра диспансерной группы гинекологических больных и осмотра беременных. В состав мобильных бригад могут также входить педиатр, терапевт, стоматолог, лаборант, акушерка. Работу врача — акушера-гинеколога выездной бригады координирует главный внештатный районный акушер-гинеколог. График выезда бригады медицинских работников доводится до сведения главных врачей участковых больниц, заведующих фельдшерскими пунктами и ФАП. Фельдшер и акушерка имеют список женщин участка, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам.
мобильные медицинские бригады специалистов
Функции мобильных медицинских бригад:

- профилактические гинекологические осмотры (выявление женщин с гинекологическими заболеваниями, осмотр диспансерной группы гинекологических больных);
- выявление беременных, не состоящих на диспансерном учете;
- осмотр беременных, состоящих на диспансерном учете;
- санитарно-просветительная работа с населением.

Специалисты выездной бригады проводят опрос пациента (сбор жалоб, анамнеза); измерение АД, ОЖ, ВДМ; выслушивание сердечных тонов плода с помощью малогабаритного допплеровского анализатора сердечно-сосудистой деятельности плода; аускультацию сердечных тонов плода с помощью стетоскопа; пальпацию молочных желез; гинекологический осмотр; забор мазков на флору и цитологическое исследование; вызывают бригаду скорой медицинской помощи для транспортировки пациентки при наличии показаний для лечения в стационарных условиях; оформляют направления на обследования, госпитализацию; приглашают на прием к врачу — акушеру-гинекологу.
Справки о необходимости перевода на более легкую работу или предоставлении отпуска по беременности и родам, листки нетрудоспособности выдаются женщинам врачами — акушерами-гинекологами или акушерками, наблюдающими за ними.
В сельских медицинских учреждениях ведутся специальные журналы для замечаний и рекомендаций районного врача — акушера-гинеколога, врача — акушера-гинеколога выездной бригады, старшей акушерки района, других специалистов.
Руководство деятельностью акушерско-гинекологических учреждений в районе осуществляется заместителем главного врача ЦРБ по детству и родовспоможению. Организационно-методическое руководство осуществляется главным акушером-гинекологом района — квалифицированным специалистом, прошедшим подготовку по вопросам организации акушерско-гинекологической помощи.
— регулярно действующий филиал ЖК ЦРБ, который может быть создан для врачебной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению.
Одной из форм работы может быть выездная ЖК
Главная задача выездной ЖК — диспансерное наблюдение беременных и оказание квалифицированной помощи пациенткам с гинекологическими заболеваниями. Несмотря на отсутствие регламентирующих эту форму работы документов, во многих районах сельской местности они успешно функционируют, особенно при кадровом дефиците врачей-гинекологов и акушерок.

Глава I. Организация работы женской консультации

Выдача листков нетрудоспособности
Порядок выдачи листков нетрудоспособности, условия и порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдача листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе определены МЗ РФ от 23.11.2021 № 1089н «Об утверждении условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации».
приказом
Письмом Фонда социального страхования РФ от 30.09.2011 № 14-03-11/15-11575 разъяснено, что наличие в листке, заполненном рукописно, технических недочетов заполнения не является основанием для работодателя требовать переоформления листка нетрудоспособности и отказывать в назначении и выплате пособий, если при этом все записи в листке нетрудоспособности читаются.

Глава I. Организация работы женской консультации

Организация и оказание медицинской помощи беременным и родильницам в условиях эпидемии/пандемии (на примере коронавирусной инфекции Covid-19)
Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) регламентирован нормативными документами. Постановление о ряде особенностей оказания помощи в условиях возникновения и массового распространения опасных заболеваний 2 июля 2020 г. подписал Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин (см. приложение 17).
Беременность относится к физиологическим состояниям женского организма, и беременная, как правило, подвержена тем же эпидемически распространяющимся инфекционным заболеваниям, что и вся популяция. Особенности ряда инфекций, приводящих к летальному исходу именно женщин, заболевших во время беременности, до сих пор изучены недостаточно [вирусный гепатит Е, А(H1N1)09]. Во время эпидемии свиного гриппа в 2009–2010 гг., вызванного вирусом А(H1N1)09, беременность представляла фактор высокого риска не только , но и материнской смертности, частота которой крайне различалась в мире. В одном из самых густонаселенных мегаполисов — Москве удельный вес беременных среди умерших от гриппа достигал 9,5±2,16%, но уже в 2010–2011 гг. значительно снизился (до 3,4±0,56%).
В эпидемический сезон 2014–2015 гг. в России материнской смертности от этой вирусной инфекции не было, что отражает не только спорадическое распространение вируса гриппа А(H1N1)09, но и эффективность профилактических и лечебных мероприятий.
вирусных*near miss*
В целом гестационно обусловленные изменения гомеостаза, в частности в иммунной и сердечно-легочной системах, могут обусловить особенности течения вирусных инфекций, что проявилось во время вышеуказанной эпидемии свиного гриппа в 2009–2010 гг.: тяжелое течение, необходимость эндотрахеальной интубации, госпитализации в отделение реанимации, развитие полиорганной недостаточности.
Противоэпидемические мероприятия во время пандемии во многом способствовали уменьшению заболеваемости и позволили накопить первый опыт работы ЖК в условиях пандемии новой вирусной инфекции. Необходимо быть готовыми к изменениям ведения беременных во время угрожающих и начавшихся вспышек эпидемически распространяющихся заболеваний, знать, что следует или не следует изменять в программеих диспансеризации. Это важно и потому, что не исключаются будущие вспышки коронаподобных инфекций, и медицинские работники должны быть не просто информированы, но и практически готовы к специфике работы в условиях их распространения.
В условиях пандемии ведение беременных не должно прерываться, однако официально объявленная эпидемия должна внести изменения в регламент диспансеризации с целью уменьшить контакты беременных с медицинскими работниками и между собой.
()
Прежде всего, это дистанционный контакт **(** *прием***)** *врача участка ЖК в том числе с использованием ресурсов телемедицины, эффективная коммуникация с беременными в условиях повышенного стресса и неопределенности.*
Имеются противоречивые данные относительно большей подверженности беременных коронавирусной инфекции из-за изменений в организме (прежде всего, в органах дыхательной и иммунной систем). Ранее считалось, что беременные не подвержены заражению инфекцией сильнее, чем население в целом. Ряд публикаций из Китая, Италии и США свидетельствуют о том, что беременные имеют равноценное с общей популяцией взрослых людей течение COVID-19. В настоящее время показано, что заболеваемость у беременных COVID-19 выше, чем в популяции.
Установлено, что из-за своих уникальных иммунных характеристик и восприимчивости к респираторным патогенам беременные, инфицированные SARS-CoV-2, должны рассматриваться как группа высокого риска тяжелой заболеваемости и смертности. Многочисленные исследования свидетельствуют о неблагоприятных исходах беременности у пациенток с COVID-19. По данным Министерства здравоохранения и социальных дел Швеции, риск госпитализации в отделения интенсивной терапии у беременных и родильниц с лабораторно подтвержденным SARS-CoV-2 в Швеции выше по сравнению с небеременными женщинами аналогичного возраста.
В целом у беременных клинические характеристики COVID-19 схожи с общей популяцией, часто наблюдается бессимптомное течение. Систематический обзор K. Diriba (2020), включивший 39 исследований и 1316 беременных, показал, что наиболее частыми клиническими признаками у беременных с COVID-19 были лихорадка, кашель и миалгия с распространенностью от 30 до 97%, в то время как

лимфоцитопения и С-реактивный белок были наиболее частыми отклонениями от нормы при лабораторных исследованиях (55–100%). Крупномасштабное исследование M. Jafari (2021), включавшее 128 176 небеременных пациенток (228 исследований) и 10 000 беременных (121 исследование) с подтвержденным диагнозом COVID-19, средним возрастом беременных 33 (28–37) года и средним гестационным сроком 36 (34–37) нед, продемонстрировало, что для беременных характерны те же проявления COVID-19, что и у небеременных взрослых пациенток. Лихорадка (беременные — 75,5%, небеременные — 74%) и кашель (беременные — 48,5%, небеременные — 53,5%) являются наиболее частыми симптомами в обеих группах, за которыми следуют дисгевзия (27%), миалгия (26,5%) и утомляемость (26,5%), озноб (25%). Из лабораторных данных для беременных характерна большая частота лейкоцитоза (27% против 14%) и тромбоцитопении (18% против 12,5%), но меньшая частота повышения С-реактивного белка (52% против 81%) по сравнению с небеременными пациентками. Частота лейкопении и лимфопении сходна в обеих группах. Пневмония является наиболее часто диагностируемым клиническим симптомом инфекции COVID-19 у беременных с распространенностью от 71 до 89%. Признаки двусторонней пневмонии (57,9%) и симптом «матового стекла» (65,8%) — наиболее частые изменения при КТ. По данным метаанализа M. Jafari (2021), наиболее частый симптом при КТ у беременных — симптом «матового стекла» (57%), а у небеременных пациенток — уплотнение (76%).
У беременных с COVID-19 возможно внезапное развитие критического состояния на фоне стабильного течения заболевания. Систематический обзор 2021 г., включивший 10 000 беременных и 128 176 небеременных женщин, сообщил о повышенной смертности беременных относительно небеременных пациенток [11,3% (9,6–13,3%) против 6,4% (4,4–8,5%)].

Глава I. Организация работы женской консультации

Группу наиболее высокого риска развития тяжелых форм COVID-19 составляют беременные, имеющие соматические заболевания: хронические заболевания легких, в том числе бронхиальную астму (БА) средней и тяжелой степени тяжести, заболевания сердечно-сосудистой системы, АГ, СД, онкологические заболевания, ожирение (ИМТ >30 кг/м), хроническую болезнь почек, заболевания печени.
2
Документированные неонатальные случаи инфицирования COVID-19 до настоящего времени были приписаны тесному контакту с больной матерью или другими лицами, обеспечивающими уход. Центр по контролю и профилактике заболеваний США (2020) также отмечает, что передача SARS-CoV-2 от матери плоду во время беременности маловероятна, но после рождения ребенок может быть подвержен инфицированию вследствие контакта с COVID-положительным человеком. Однако систематический обзор, включивший 100 000 беременных, показал возможность вертикальной трансмиссии у 5,3% и частоту рождения COVID-19 позитивных новорожденных в 8% наблюдений. Частота выделения SARS-CoV-2 из плаценты зарегистрирована в 12% случаев, из пуповины — в 6%, из амниотической жидкости — в 5,6%, из грудного молока — в 5,0%, из вагинального секрета — в 4,6% наблюдений.
Частота ПР у пациенток с COVID-19 составляет 14,3–25,0%, выкидышей — 14,5%, преждевременного разрыва плодных оболочек — 9,2%, ПЭ — 5,9% и ЗРП — 2,8–25,0%.
Наиболее частым послеродовым осложнением у пациенток с COVID-19 являются послеродовые кровотечения (54,5%). Операцией КС родоразрешаются более половины беременных (48–100%). Сравнение исходов беременности показывает, что у беременных с COVID-19 значительно выше частота КС, рождения детей с низкой массой тела и ПР, чем без COVID-19. Госпитализируются в отделение реанимации и интенсивной терапии 3,6–31,3% беременных, потребность в инвазивной искусственной вентиляции легких составляет около 4,0%, погибают 0,14–2,7% пациенток.
Среди перинатальных исходов наиболее часто регистрируются дистресс-синдром плода (26,5–30,0%), низкая масса тела при рождении (25,0%), асфиксия новорожденных (1,4%). Госпитализация новорожденных в отделение интенсивной терапии требуется в 43% случаев, а перинатальная летальность составляет 0,35–2,2%.
По официальным данным Росстата, материнская смертность в 2019 г. составила 134 случая, в 2020-м — 161, в 2021-м — 482 случая. Показатель на 100 000 родившихся живыми составил в 2019 г. — 9,0, в 2020 г. — 11,2, в 2021 г. — 34,5. При этом в 2021 г. более 70% случаев материнских смертей были связаны с COVID-19.
Регламентированные инструктивными документами МЗ РФ меры по предотвращению распространения COVID-19 и по особенностям ведения беременных и их родоразрешения в столичном регионе могут стать основанием для выработки в каждой территории своих регламентов оказания медицинской помощи беременным во время эпидемических вспышек и эпидемий/пандемий.
В приложении 16 можно ознакомиться с «Алгоритмом посещений беременных при физиологическом течении беременности на период COVID-19» и «Алгоритмом ведения беременных с подозрением или верифицированным COVID-19».
В Российской Федерации четко и предельно ясно регламентированы COVID-19 при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «». Внесены гибкие (временные) изменения в организацию работы структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь (ЖК, консультативно-диагностические отделения, дневные стационары), адаптированные к условиям пандемии, максимально обеспечивающие профилактику распространения инфекции.
основные принципы профилактики акушерство и гинекологияв амбулаторных условиях
Ниже перечислено, что допускается и требуется исключительно в условиях пандемии.

- Оформление листков нетрудоспособности без посещения медицинских организаций (отпуск по беременности и родам оформляется дистанционно, без визита к врачу ЖК; выдается при последующей явке на прием).
- Временная приостановка беременных, в ЖК, за исключением сдачи анализов крови и необходимых скрининговых УЗИ, что принципиально отличает отечественные изменения алгоритма ведения беременных в условиях пандемии COVID-19 от зарубежных [Великобритания, Канада, Австралия, США, Международная федерация гинекологов и акушеров (FIGO,)].

перорального глюкозотолерантного тестирования плановых явок *International Federation of Gynecology and Obstetrics*
- Временная приостановка (до выхода дополнительного распоряжения) в ЖК выдачи направлений:

- на лечение бесплодия методом ВРТ;
- плановые гинекологические операции при отсутствии императивных показаний;
- плановые госпитализации.
- Обеспечение возможности приема анализов мочи пациентки и выявление протеинурии самостоятельно с помощью тест-полосок.

безприсутствия
- Интерпретация результатов обследования или другим средствам коммуникации (если нет необходимости назначения лечения).

по телефону
- Временное поступления беременных .

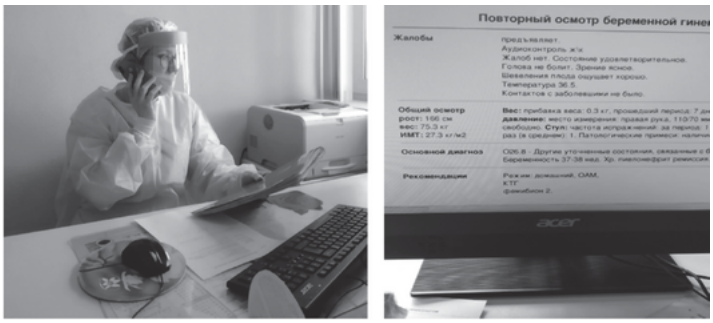
ограничение в дневные стационары
- Обеспечение госпитализации и маршрутизации беременных по заболеванию COVID-19 и заболевших в соответствующие медицинские организации.

обязательнойгруппы высокого риска
- Использование в работе критериев тяжести заболевания COVID-19 (указаны ниже).
- При необходимости оперативного родоразрешения госпитализация в отделение патологии беременных до родоразрешения в целях дообследования в условиях стационара .

плановогоза 1 сутс исключением обследования на амбулаторном этапе

Глава I. Организация работы женской консультации

Алгоритм информирования беременных и дистанционного оказания медицинской помощи беременным
В амбулаторных условиях (женские консультации)
1. Дистанционный опрос (по телефону) всех пациенток, наблюдающихся по беременности на прикрепленных участках ЖК, в целях сбора эпидемиологического анамнеза:
а) посещение в течение 14 дней эпидемически неблагополучных регионов;
б) наличие контактов за последние 14 дней с лицами, у которых имелись признаки острой респираторной вирусной инфекции, внебольничной пневмонии, либо подозреваемыми на инфицирование или больными COVID-19, диагноз у которых подтвержден лабораторно.
Далее осуществляются патронаж всех беременных по телефону не реже 1 раза в неделю с фиксацией в индивидуальной карте беременной и родильницы (ф. 111/у) и аудиоконтроль по чек-листу (шаг записи на прием — 30 мин) (рис. 1.1).



Аудиоконтроль по чек-листу
Рис. 1.1.
2. При отсутствии эпидемиологического анамнеза — информирование всех беременных:
а) о мерах профилактики заражения новой коронавирусной инфекцией и защите от инфекций, передаваемых воздушно-капельным и контактным путем: соблюдение правил личной гигиены (мытье рук с мылом, использование кожных спиртосодержащих антисептиков для обработки рук, одноразовых салфеток при чиханье и кашле), ограничение посещения общественных мест;
б) о необходимости самоконтроля шевелений плода (рис. 1.2), динамики массы тела, размеров ОЖ, контроля АД и водного баланса с предоставлением ежедневно информации участковому врачу ЖК (дневник АД, водного баланса); дистанционного контроля КТГ;

Патронаж беременной на дому
Рис. 1.2.
в) о посещении ЖК без сопровождения;
г) о необходимости посещать ЖК только в следующих случаях:

- для постановки на учет по беременности;
- при появлении жалоб;
- для проведения скрининговых УЗИ в кабинетах пренатальной диагностики;
- для введения антирезусного иммуноглобулина в целях профилактики резус-сенсибилизации во время беременности (может выполняться акушеркой на дому);

д) о необходимости после УЗ-скрининга III триместра с физиологически протекающей беременностью и головным предлежанием плода при отсутствии жалоб и нормальном шевелении плода следующей очной явки на сроке при условии регулярных (1 раз в 2 нед) анализов мочи; о возможности самостоятельно определять белок в моче с помощью тест-полосок (продаются в аптеке);
41 нед
е) о возможности общения с врачом ЖК по телефону и с использованием мессенджеров.
3. При выявлении неблагоприятного эпидемиологического анамнеза — информирование . Врач ЖК должен проводить патронаж ежедневно. При выявлении показаний для госпитализации медицинская помощь данной группе беременных оказывается в соответствии со схемой маршрутизации.
о необходимости самоизоляции в течение 14 днейпо телефону
4. При выявлении факта проживания на одной территории с пациентом, , — информирование о необходимости разобщения или проживания в другом месте. При отсутствии такой возможности информировать об этом Департамент труда и социальной защиты населения для рассмотрения варианта (если польза превышает негативно воспринимаемые условия) временного проживания .
имеющим подтвержденный положительный статус COVID-19в изоляционном обсерваторе
5. Информирование о необходимости вызова при ухудшении состояния беременной на дому, .
бригады скорой медицинской помощипоявлении клинических признаков острой респираторной вирусной инфекции/пневмонии (гипертермия, затрудненное дыхание, кашель) с обязательной госпитализацией
В условиях пандемии COVID-19 в мире предложены гибкие модели пренатального наблюдения, допускающие виртуальное общение, которые за рубежом отличаются от российских (табл. 1.7).
Модифицированный график пренатального наблюдения беременных низкого перинатального риска при пандемии COVID-19 (Международная федерация гинекологов и акушеров)
Таблица 1.7.

	Срок беременности		**Тип визита**	**УЗИ**	**Комментарий**
12 нед	Личный	УЗИ толщины воротниковой зоны (англ. , затылочной прозрачности)			
Nuchaltranslucency					
Подробный сбор анамнеза, скрининг на трисомию 21, рутинные лабораторные исследования. Оценка факторов риска и коморбидности COVID-19. Информирование о COVID-19: профилактические мероприятия, характерные симптомы, требующие оценки, модифицированный дородовой график наблюдения					
16 нед	Телефон/видео	–	–		
~	Личный	Анатомическое сканирование	–		
~	Телефон/видео	–	Рассмотрение возможности измерения АД дома или в амбулаторных условиях. Пероральный тест на толерантность к глюкозе в амбулаторных условиях		
~	Личный	–	Рутинное наблюдение, введение анти-D-иммуноглобулина по показаниям при Rh (–)		
30 нед	Телефон/видео	–	Рассмотрение возможности измерения АД дома или в амбулаторных условиях		
32 нед	Личный	УЗИ роста плода согласно локальным протоколам	Рутинное наблюдение		
34 нед	Телефон/видео	–	Рассмотрение возможности измерения АД дома или в амбулаторных условиях		
36 нед	Личный	–	Рутинное наблюдение, посев на группы В		
стрептококки					
37–41 нед	Личный	–	Рутинное наблюдение		
Послеродовой визит	Телефон/видео	–	Если нет особых проблем		

Глава I. Организация работы женской консультации

Алгоритм ведения беременных и оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях беременным с явлениями острой респираторной вирусной инфекции, внебольничной пневмонии, контактных по COVID-19 и/или при подозрении на заболевание COVID-19

- Беременная проходит в медицинскую организацию с использованием через .

средств индивидуальной защиты (маски)фильтрс измерением температуры тела бесконтактным термометром

- При посещении ЖК беременной .

не рекомендуется допуск сопровождающих лиц

- Медицинский персонал проводит:

а) тщательный сбор эпидемиологического анамнеза;
б) осмотр беременной на наличие явлений острой респираторной вирусной инфекции;
в) измерение сатурации кислорода;
г) оценку функционального состояния плода (КТГ-мониторинг, УЗИ плода по показаниям).

- При отсутствии признаков , имеющей неблагоприятный эпидемиологический анамнез и/или контакт по COVID-19, врач ЖК должен информировать о необходимости самоизоляции в течение 14 дней. При выявлении факта проживания на одной территории с пациентом, имеющим подтвержденный положительный статус COVID-19, рекомендовать разобщение или проживание в другом месте. При отсутствии такой возможности информировать об этом Департамент труда и социальной защиты населения для рассмотрения варианта временного проживания в изоляционном обсерваторе.

острой респираторной вирусной инфекции, явлений дыхательной недостаточности у беременной

- :

При обращении пациентки с признаками острой респираторной вирусной инфекции, внебольничной пневмонией необходимо

а) изолировать пациентку по месту выявления, прекратить прием пациенток, закрыть кабинет, окна и двери;
б) врачу, среднему медицинскому работнику надеть средства индивидуальной защиты (медицинскую маску, халат одноразовый, шапочку, перчатки, бахилы), пациентке надеть медицинскую маску;
в) включить бактерицидный облучатель или другое устройство для обеззараживания воздуха и/или поверхностей для дезинфекции воздушной среды помещения;
г) информировать руководителя медицинской организации о выявленной пациентке и действовать в соответствии с утвержденной руководителем медицинской организации схемой оповещения;
д) уточнить клинико-эпидемиологические данные: конкретное место пребывания (страна, провинция, город), сроки пребывания, дату прибытия в РФ, дату начала заболевания, клинические симптомы, обязательна отметка в медицинской документации (обменной карте) о факте пребывания за пределами Российской Федерации;
е) оказать медицинскую помощь беременной (оценить общее состояние беременной и функциональное состояние плода);
ж) прекратить сообщения между кабинетами и этажами медицинской организации;
з) запретить вынос вещей из кабинета, историй болезни до заключительной дезинфекции;
и) вызвать специализированную бригаду скорой медицинской помощи, информировать городскую поликлинику по месту наблюдения/проживания беременной;
к) после госпитализации беременной в кабинете врача провести заключительную дезинфекцию средствами, разрешенными к применению по режиму вирусной инфекции; для обеззараживания воздуха применяются средства и методы, разрешенные в установленном порядке.

В условиях эпидемии жестко регламентируется схема маршрутизации беременных, рожениц групп высокого риска по реализации инфекции, рожениц в связи с эпидемиологической ситуацией, вызванной COVID-19, с указанием конкретных медицинских организаций государственной системы здравоохранения.

Инкубационный период коронавирусной инфекции составляет от 2 до 14 сут, в среднем 5–7 сут. Эта принципиальная позиция должна уточняться при любой эпидситуации для обоснования действий медицинских работников.

Клинические проявления и критерии тяжести коронавирусной инфекции у беременных

Для острой респираторной вирусной инфекции:

COVID-19 характерно наличие клинических симптомов

- повышение температуры тела;
- кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты);
- одышка;
- утомляемость;
- ощущение заложенности в грудной клетке;
- головная боль;
- миалгия;
- тошнота, рвота, диарея.

Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться и при .

отсутствии повышения температуры тела

(табл. 1.8):

Клинические варианты и проявления COVID-19

- острая респираторная вирусная инфекция (поражение только отделов дыхательных путей);

верхних

- пневмония дыхательной недостаточности;

без

- пневмония ;

с острой дыхательной недостаточностью

- острый респираторный дистресс-синдром;
- ;

сепсис

- септический (инфекционно-токсический) .

шок

Характеристики пациенток с легким, тяжелым и крайне тяжелым течением COVID-19

Таблица 1.8.

	Форма	**Критерии**
Легкая	Температура тела ниже 38 °С. Кашель, слабость, боль в горле. Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения	
Средняя	Лихорадка выше 38 °С. Частота дыхательных движений >22 в минуту. Одышка при физических нагрузках. Пневмония (подтвержденная с помощью КТ). Насыщение крови кислородом <95%. С-реактивный белок сыворотки крови >10 мг/л	
Тяжелая	Частота дыхательных движений >30 в минуту. Насыщение крови кислородом ≤93%. PaO/FiO ≤300 мм рт.ст. Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения значительный или субтотальный, КТ 3–4). Прогрессирование изменений в легких, типичных для пневмонии. COVID-19 по данным рентгенографии и/или КТ, в том числе увеличение распространенности выявленных изменений более чем на 25%, а также появление признаков других патологических состояний. Снижение уровня сознания, ажитация. Нестабильная гемодинамика (систолическое АД <90 мм рт.ст. или диастолическое АД <60 мм рт.ст., диурез <20 мл/ч). Лактат артериальной крови >2 ммоль/л. qSOFA >2 баллов	

Глава I. Организация работы женской консультации

:
Критерии крайне тяжелого течения

- развитие острой дыхательной недостаточности с необходимостью респираторной поддержки (инвазивной вентиляции легких);
- септический ;

шок

- , требующая наблюдения и лечения в отделении ;

полиорганная недостаточностьинтенсивнойтерапии

- стойкая фибрильная лихорадка;
- острый респираторный дистресс-синдром;
- изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени (объем поражения значительный или субтотальный — КТ-4 или картина острого респираторного дистресс-синдрома).

Определение случая заболевания COVID-19
Ранжирование случая заболевания COVID-19 у беременных, рожениц и родильниц производится в соответствии со стандартными подходами.
Подозрительный на COVID-19 случай: клинические проявления острой респираторной инфекции (температура тела >37,5 °С и один или более следующих признаков: кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии <95%, боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита, слабость, мышечные боли, головная боль, рвота, диарея, кожная сыпь) при отсутствии других известных причин, которые объясняют клиническую картину вне зависимости от эпидемиологического анамнеза.
Вероятный случай COVID-19:

- Клинические проявления острой респираторной инфекции (температура тела >37,5 °С и один или более признаков: кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии <94%, боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита, слабость, мышечные боли, головная боль, рвота, диарея, кожная сыпь) при наличии хотя бы одного из эпидемиологических признаков:

- возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до появления симптомов;
- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, находящимся под наблюдением по COVID-19, который в последующем заболел;
- наличие тесных контактов за последние 14 дней с человеком, у которого лабораторно подтвержден диагноз COVID-19;
- наличие профессиональных контактов с лицами, у которых выявлен подозрительный или подтвержденный случай заболевания COVID-19.
- Наличие клинических проявлений тяжелой пневмонии, острого респираторного дистресс-синдрома, сепсиса или наличие пневмонии с характерными изменениями в легких по данным КТ или обзорной рентгенографии органов грудной клетки вне зависимости от результатов лабораторного исследования на наличие рибонуклеиновой кислоты SARS-CoV-2 методом ПЦР и эпидемиологического анамнеза.

Подтвержденный случай COVID-19: положительный результат лабораторного исследования на наличие рибонуклеиновой кислоты SARS-CoV-2 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот или антигена SARS-CoV-2 с применением иммунохроматографического анализа вне зависимости от клинических проявлений.
COVID-19, перенесенная до 12 нед беременности, в связи с недоказанным отрицательным влиянием на плод, не является медицинским показанием для прерывания беременности. При тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания вопрос о пролонгировании беременности решается консилиумом врачей.
:
При наблюдении беременных и родильниц после выписки из стационара необходимо контролировать следующие критерии

- нормальная температура тела в течение 3 дней;
- отсутствие симптомов поражения респираторного тракта;
- восстановление нарушенных лабораторных показателей;
- отсутствие акушерских осложнений (беременности, послеродового периода);
- наличие двукратного отрицательного результата лабораторного исследования на наличие рибонуклеиновой кислоты COVID-19 методом ПЦР с интервалом не менее 1 дня.

Большинство консультативных приемов в послеродовом периоде могут быть дистанционными, если у пациентки нет особых жалоб, требующих очного осмотра. Определенные жалобы (со стороны молочных желез или послеоперационного рубца) могут быть оценены по видео или фотографиям. Сокращение количества приемов также может быть полезным в случае потенциальной нехватки медицинских работников, поскольку значительная часть сотрудников может быть изолирована из-за контакта с пациентами с COVID-19.
При коронавирусной инфекции зависит:
прогноз для матери и плода

- от триместра гестации, в котором возникло заболевание;
- наличия преморбидного фона (курение, ожирение, фоновые заболевания органов дыхательной системы и органов, имеющих отношение к зеву/гортани, уху и носу, СД, ВИЧ-инфекция);
- степени тяжести инфекционного процесса;
- наличия осложнений и своевременности начала противовирусной терапии.

Особенности ультразвукового исследования в период пандемии
Показания к УЗИ у беременных в условиях пандемии COVID-19 (табл. 1.9).

- Плановое УЗИ: 1-й и 2-й скрининги. Перенести все плановые визиты, если возможно.
- Экстренное УЗИ (кровотечение, угроза самопроизвольного выкидыша и другие экстренные ситуации).
- Состояния плода, требующие динамического наблюдения (фето-фетальный синдром, неиммунная водянка плода, пороки развития плода, синдром ЗРП и т.д.).

Глава I. Организация работы женской консультации

Ультразвуковое исследование беременных с подтвержденной COVID-19
Таблица 1.9.

	УЗИ	**Амбулаторное лечение**	**Стационарное лечение**
Скрининговое исследование I триместра беременности (11–13 нед)	Предлагается перенесение комбинированного скрининга на 2 нед, если это возможно, исходя из срока беременности. Предлагается детальное УЗИ через 3–4 нед после выздоровления и неинвазивного пренатального тестирования		
Комбинированный скрининг с УЗИ у постели пациентки. <*> при технической возможности в случаях тяжелого или критического состояния беременной			
Скрининговое исследование II триместра беременности (18–20 нед)	Исследование переносится на 2–4 нед после выздоровления, если позволяют сроки беременности. При невозможности переноса исследования, оно проводится с использованием соответствующих средств индивидуальной защиты	Проводится у постели пациентки <*> при технической возможности в случаях тяжелого или критического состояния беременной	

Дополнительные и динамические УЗИ	Первое исследование проводится через 2–4 нед после выздоровления. Дальнейшие исследования — с минимально необходимой частотой	Проводится каждые 4 нед или чаще исходя из клинической ситуации

Инвазивная пренатальная диагностика в условиях пандемии
: рекомендуется перенос инвазивной диагностики минимально на 14 дней беременных с COVID-19 с предпочтительным выбором амниоцентеза, нежели аспирации ворсин хориона.
COVID-19
на период изоляции ребенка от матери не рекомендовано, но , так как молоко матери, перенесшей COVID-19, обладает протективными свойствами для новорожденного. Для поддержания грудного вскармливания ребенка необходима организация сцеживания молока матерью, регламентированная локальным протоколом, с соблюдением санитарных норм, использованием индивидуального клинического молокоотсоса, последующей дезинфекцией емкостей для его хранения, организацией асептической транспортировки в зону, где находится новорожденный. Возобновление грудного вскармливания возможно после двукратных отрицательных тестов на COVID-19 у матери и у р-ебенка.
Грудноевскармливаниелактация у матери должна быть сохранена
в случаях амбулаторного наблюдения и обследования, карантина или при госпитализации на период дифференциальной диагностики:
Кодирование по Международной классификации болезней (МКБ)

- Наблюдение при подозрении на коронавирусную инфекцию;

Z03.8
- Носительство возбудителя коронавирусной инфекции;

Z22.8
- Контакт с больным коронавирусной инфекцией;

Z20.8
- Скрининг с целью выявления коронавирусной инфекции.

Z11.5
В приложении 18 можно ознакомиться с маршрутизацией беременных и их новорожденных «Практика совместного пребывания матери и новорожденного» из 5-й версии методических рекомендаций «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19».
Восстановление репродуктивного здоровья женщин после перенесенной COVID-19
В настоящее время нет опубликованных доказательных рекомендаций по ведению женщин, перенесших COVID-19. Несмотря на то что, по данным статистики, женщины переносят COVID-19 легче, чем мужчины, нельзя игнорировать вероятные последствия данной коронавирусной инфекции для репродуктивного здоровья.
Переболевшие могут быть заинтересованы в подборе методов контрацепции, планировании беременности, лечении гинекологических заболеваний, и перед акушерами-гинекологами стоит задача оказания им специализированной медицинской помощи.
Тактика ведения данных пациенток потенциально зависит от тяжести течения COVID-19, сопутствующих заболеваний, назначенной терапии для лечения новой коронавирусной инфекции и клинического состояния после перенесенной болезни.
Влияние COVID-19 на репродуктивную систему женщины может быть опосредовано токсическими эффектами применяемых препаратов, продолжительностью госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии, декомпенсацией сопутствующих хронических заболеваний.
В настоящее время неизвестно, какие отдаленные последствия для репродуктивного здоровья женщин могут быть связаны с перенесенной COVID-19. В связи с этим все женщины, перенесшие COVID-19, особенно в тяжелой форме, должны быть отнесены к группе высокого риска по развитию осложнений и подвергаться более тщательному диспансерному наблюдению в течение после стационарного лечения по поводу COVID-19.
1 года
Это необходимо для определения дальнейшей тактики ведения: восстановления менструального цикла, лечения бесплодия, оперативного лечения гинекологических заболеваний, подбора методов контрацепции, заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и другой специфической терапии по гинекологическим показаниям.
Ниже описана тактика при использовании пациенткой комбинированной гормональной контрацепции (мнение экспертов).

- Женщинам с легкими симптомами рекомендуется прервать комбинированную гормональную контрацепцию на период изоляции и ограниченной подвижности. Если требуется гормональная контрацепция, то лечение комбинированной гормональной контрацепцией можно продолжить или, при наличии факторов риска, использовать прогестинсодержащие контрацептивы вместе с низкомолекулярными гепаринами (НМГ) в профилактических дозах.
- Женщинам, перенесшим пневмонию, но имеющим стойкие респираторные симптомы, требующие только амбулаторного наблюдения и самоизоляции, прекратить прием комбинированной гормональной контрацепции и использовать профилактические дозы НМГ. Если гормональную контрацепцию нельзя прекратить, рекомендуется перейти на прогестинсодержащие контрацептивы и добавить НМГ в профилактических дозах. Терапия НМГ может продолжаться минимум 7 дней или до полной активизации пациентки.
- Женщинам, которым была отменена гормональная терапия или контрацепция, рекомендуется возобновлять их прием только после выздоровления или восстановления полной подвижности.
- Планировать беременность рекомендуется не ранее 3 мес после перенесенной COVID-19 с целью снижения риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) и возможного тератогенного влияния на плод препаратов, включенных в схемы лечения COVID-19.

Прегравидарная подготовка включает все лабораторные и инструментальные методы диагностики согласно КР и актуальные рекомендации смежных специалистов.

Глава I. Организация работы женской консультации

Планирование беременности в условиях COVID-19
Планирование беременности
Учитывая имеющиеся данные об отсутствии более тяжелого течения COVID-19 у беременных по сравнению с общей популяцией и редкой частотой передачи инфекции от матери к плоду (см. главу II), ни одна профессиональная ассоциация акушеров-гинекологов не рекомендует откладывать планирование беременности и рождение детей на постковидный период. При этом особенно важным остается соблюдение мер профилактики как на этапе планирования беременности, так и во время беременности.
При планировании беременности в условиях пандемии следует соблюдать рекомендации по вакцинации, немедикаментозной и медикаментозной профилактике, относящиеся к беременным.
Вакцинация
В связи с высокой вероятностью инфицирования SARS-CoV-2 во время беременности рекомендована вакцинация от COVID-19 мужчинам и женщинам репродуктивного возраста на этапе планирования рождения детей. В пользу этого свидетельствует то, что на сегодняшний день нет данных о негативном влиянии вакцин от COVID-19 на репродуктивную функцию мужчин и женщин. Нет сведений и о том, что вакцины могут снизить овариальный резерв у женщин или вызвать нарушение сперматогенеза у мужчин.
Планирование беременности целесообразно уже через 28 дней после введения 1-го компонента вакцины, то есть в срок, когда формируется защитный иммунитет против инфекции SARS-CoV-2 согласно полученным данным.
В то же время влияние перенесенной инфекции, вызванной SARS-CoV-2, на репродуктивную функцию человека, может быть негативным. Известно, что представленность клеточных рецепторов для SARS-CoV-2, а именно ангиотензин превращающего фермента человека (ACE2), трансмембранной сериновой протеазы 2 (TMPRSS2) и басигина (CD147), высока в клетках гранулезы фолликулов всех стадий развития, поверхностном эпителии яичников, клетках теки и гранулезы желтых тел, что предполагает их роль в фолликулогенезе и подразумевает возможность данного пути инфицирования вирусом SARS-CoV-2 (база GeneCards , база Bgee).
https://www.genecards.org/https://bgee.org/
Таким образом, гипотетически SARS-CoV-2 может проникать в ткани яичников, ооциты, эндометрий через данные рецепторы и вызывать их поражение.
Белки ACE2, TMPRSS2 и CD147 широко представлены в различных тканях яичек, включая клетки Лейдига, клетки Сертоли и клетки семенных канальцев, что может быть входными воротами для SARS-CoV-2 и вызывать поражение сперматозоидов и других клеток (база GeneCards , база Bgee). Это позволяет заключить, что существует высокая вероятность негативного влияния коронавирусной инфекции на мужскую репродуктивную систему и мужскую фертильность. При COVID-19, особенно при тяжелом течении, негативное влияние на мужскую фертильность может оказывать гипертермия и воспалительная реакция, сопровождающаяся системным оксидативным стрессом, которые обладают доказанным повреждающим действием на клетки и ткани мужской половой системы. В литературе представлены наблюдения

о негативном влиянии инфекции на сперматогенез, а также о проникновении вируса SARS-CoV-2 в сперму. При этом изменения сперматогенеза были связаны с тяжестью инфекции и чаще всего носили обратимый характер.
https://www.genecards.org/https://bgee.org/
Белки ACE2, TMPRSS2 и CD147 также широко представлены в тканях женской репродуктивной системы. Выявлена коэкспрессия ACE2 и TMPRSS2 в трофэктодерме бластоцист и в синцитиотрофобласте в 8 нед гестации. Также выявлена экспрессия данных молекул в эндометрии, которая становится выше в период «окна имплантации». Имеются публикации о том, что COVID-19 может приводить к снижению овариального резерва у женщин.
Эти данные еще раз говорят в пользу необходимости плановой вакцинации от COVID-19 лицам репродуктивного возраста, потенциально планирующим беременность.
. Как было представлено выше, инфекция, вызванная SARS-CoV-2, может оказывать негативное влияние на сперматогенез и оогенез как путем непосредственного влияния, так и опосредованно через гипертермию и оксидативный стресс. Показано, что данное влияние, как правило, временное. Учитывая возможность инфицирования тканей яичника, существует вероятность усиления данного эффекта при трансвагинальной пункции фолликулов яичников, применяемой в программах ВРТ. В связи с этим рекомендовано отложить программы ВРТ до полного выздоровления пациентки и/или ее партнера, включая постковидный период реконвалесценции.
ВРТ
Существуют группы инфертильных пациенток с плохим репродуктивным прогнозом, связанным с фактором времени. К ним относятся пациентки второй, третьей и четвертой групп по классификации Poseidon (Patient-Oriented Strategies Encompassing IndividualizeD Oocyte Number, 2015) — пациентки позднего репродуктивного возраста с нормальным овариальным резервом, раннего репродуктивного возраста со сниженным овариальным резервом, позднего репродуктивного возраста со сниженным овариальным резервом, пациентки с онкологическими заболеваниями перед хирургическим или гонадотоксическим лечением, пациентки с аутоиммунными заболеваниями, планирующими гонадотоксическую терапию, партнеры пациенток после лечения, имеющего временный эффект. Для этих пациенток необходим индивидуальный подход с минимально возможным периодом откладывания получения клеток с целью сохранения фертильности.

Глава I. Организация работы женской консультации

Программы ВРТ осуществляются с тщательным инфекционным контролем согласно рекомендациям профессиональных ассоциаций в области ВРТ — Европейского общества по репродукции человека и эмбриологии (ESHRE, European society of human reproduction and embryology), (РАРЧ, Российская ассоциация репродукции человека).
Следует учитывать возможность более тяжелого течения синдрома гиперстимуляции яичников в случае его возникновения у пациенток, перенесших тяжелую форму COVID-19, с поражением легких и почек, что определяет персонализированный подход к таким пациенткам с назначением протоколов с антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ), низких доз гонадотропинов, агонистов ГнРГ в качестве триггера овуляции и сегментации цикла.
Известно, что COVID-19 ассоциирован с высоким риском ТЭО. Опубликованы данные о возможности возникновения тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с COVID-19, а также о формировании синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания при тяжелом течении инфекции.
Появляется все больше данных о возникновении отсроченных ТЭО у пациентов после COVID-19 в период реконвалесценции. В связи с большим количеством ТЭО, с которыми столкнулись врачи на фоне течения и терапии новой коронавирусной инфекции, международные КР обозначили необходимость применения антикоагулянтной терапии и профилактики ТЭО у всех пациентов с COVID-19 с помощью НМГ. Поэтому всем пациенткам программ ВРТ, перенесшим COVID-19 и имеющим дополнительные факторы риска ТЭО, перед и на всем протяжении овариальной стимуляции следует рекомендовать назначение профилактических доз НМГ.

Глава I. Организация работы женской консультации

Список литературы

1. Хунлю Ц., Юй Ч., Цзобин Ч. и др. Руководство по профилактике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19. Первая академическая клиника Университетской школы медицины провинции Чжэцзян. Составлено на основе клинической практики / Под ред. Т. Лян. Перевод на русский язык выполнен МИА «Россия сегодня». 94 с.
2. ASRM. Patient Management and Clinical Recommendations during the Coronavirus (COVID-19) Pandemic.
3. Australasian Diabetes in Pregnancy Society, Australian Diabetes Society, Australian Diabetes Educators Association, Diabetes Australia. Diagnostic testing for gestational diabetes mellitus (GDM) during the COVID 19 pandemic: antenatal and postnatal testing advice.
4. ESHRE guidance on recommencing ART treatments. Document prepared by the ESHRE COVID-19 Working Group.
5.
6.

- Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С., Фролова Н.И. Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока // Акушерство и гинекология. 2021. № 2. С. 48–54.
- Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С., Шифман Е.М. Динамика эпидемического процесса и течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Дальневосточного и Сибирского федеральных округов // Гинекология. 2020. Т. 22. № 5. С. 6–11. DOI: 10.26442/20795696.2020.5.200439.
- Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С., Шифман Е.М. Особенности течения COVID-19 у беременных Дальнего Востока и Сибири // Проблемы репродукции. 2020. Т. 26. № 3. С. 85–91. DOI: 10.17116/repro20202603185.
- Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Трубицына А.Ю. и др. Особенности течения свиного гриппа у погибших беременных и в случаях, едва не завершившихся летальным исходом // Лечащий врач. 2013. № 3. С. 31–36.
- Белокриницкая Т.Е., Шаповалов К.Г. Грипп и беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 144 с.
- Временные методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 16 от 18.02.2022.
- Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19». Версия 5 от 28.12.2021.
- ВРТ и COVID-19. Рекомендации РАРЧ по профилактике распространения новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 при проведении программ ВРТ. . Дата публикации: 20.05.2020.
http://rahr.ru/
- Ди Ренцо Д.К., Макацария А.Д., Цибизова В.И. и др. О принципах работы перинатального стационара в условиях пандемии коронавируса // Вестник РАМН. 2020. Т. 75. № 1. С. 83–92.
- Долгушина Н.В., Драпкина Ю.С., Кречетова Л.В. и др. Вакцина Гам-КОВИД-Вак (Спутник V) не оказывает негативного влияния на овариальный резерв у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. 2021. № 7. С. 81–86. DOI: 10.18565/aig.2021.7.81-86.
- Драпкина Ю.С., Долгушина Н.В., Шатылко Т.В. и др. Вакцина Гам-КОВИД-Вак (Спутник V) не оказывает негативного влияния на сперматогенез у мужчин // Акушерство и гинекология. 2021. № 7. С. 88–94. DOI: 10.18565/aig.2021.7.88-94.
- Запольских А.М., Лыткина И.Н., Михеева И.В. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа A(H1N1) pdm09 у беременных // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2014. № 1. С. 66–73.
- Карпова Л.С., Поповцева Н.М., Столярова Т.П. и др. Эпидемия гриппа в России в сезон 2014–2015 гг. // Microbiol. Independent Res. J. 2015. Vol. 2. N. 1. P. 19–27. DOI: 10.18527/2500-2236-2015-2-1-19-27.
- Российская Федерация. Министерство здравоохранения. «О направлении актуализированных временных методических рекомендаций “Порядок проведения вакцинации взрослого населения против COVID-19”». Письмо Минздрава России № 30-4/И/2-21694 от 22.12.2021.
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».
- Российская Федерация. Министерство здравоохранения. «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID 19)». Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 171 от 16.03.2020. (дата обращения: 05.06.2020).
www.rosminzdrav.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/prikaz-171-ot-17-marta-2020
- Российская Федерация. Министерство здравоохранения. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н “О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)”». Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 246н от 27.03.2020. http://publication.pra
vo.gov.ru/Document/View/0001202003270043 (дата обращения: 05.06.2020). https:// niioz.ru/covid-19/for-specialists/meditsinskim-organizatsiyam/rukovodstvo-po-profilaktikei-lecheniyu-novoy-koronavirusnoy-infektsii-covid-19 (дата обращения: 05.06.2020).

- Abu-Rustum R.S., Akolekar R., Sotiriadis A. et al. ISUOG Consensus Statement on organization of routine and specialist obstetric ultrasound services in the context of COVID-19 // Ultrasound in obstetric. 2020. Vol. 55. N. 6. P. 863–870.
- Ai T., Yang Z., Hou H. et al. Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases // Radiology. 2020. Vol. 296. N. 2. P. E32–E40.
- Alfaraj S.H., Al-Tawfiq J.A., Memish Z.A. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: report of two cases & review of the literature // J. Microbiol. Immunol. Infect. 2019. Vol. 52. P. 501–503.
- Alviggi C., Esteves C.S., Orvieto R. et al. COVID-19 and assisted reproductive technology services: repercussions for patients and proposal for individualized clinical management // Reproductive Biol. Endocrinol. 2020. Vol. 18. N. 1. P. 1–7.
www.asrm.org/PatientMgmt-COVID-19. Дата публикации 11.05.2020. www.adips.org/documents/COVID-19GDMDiagnosis030420ADIPSADSADEADA forWebsite.pdf. Accessed 5 June 2020.
- Bogler T., Bogler O. Interim schedule for pregnant women and children during the COVID-19 pandemic // Can. Fam. Physician. 2020. Vol. 66. N. 5. P. e155–e161. PMID: 32404468. PMCID: PMC7219820.
- Breslin N., Baptiste C., Gyamfi-Bannerman C. et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals // Am. J. Obstet. Gynecol. MFM 2020. Vol. 2. N. 2. P. 100118.
- Capobianco G., Saderi L., Aliberti S. et al. COVID-19 in pregnant women: A systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2020 Jul 16] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2020. N. 252. P. 543–557. DOI:10.1016/j.ejogrb.2020.07.006.
- Chahla R.E., Tomas-Grau R.H., Cazorla S.I. et al. Long-term analysis of antibodies elicited by SPUTNIK V: A prospective cohort study in Tucumαn, Argentina // The Lancet Regional Health-Americas. 2021. N. 6. P. 100123.
- Chen L., Li Q., Zheng D. et al. Clinical characteristics of pregnant women with Covid-19 in Wuhan, China // N. Engl. J. Med. 2020. Vol. 382. N. 25. P. e100.
- Chen W., Yuan P., Yang M. et al. SARS-CoV-2 Entry Factors: ACE2 and TMPRSS2 Are Expressed in Peri-Implantation Embryos and the Maternal-Fetal Interface // Engineering (Beijing). 2020. Vol. 6. N. 10. P. 1162–1169.
- Chen Y., Guo Y., Pan Y. et al. Structure analysis of the receptor binding of 2019–nCoV // Biochem. Biophys. Res. Commun. 2020. Vol. 525. N. 1. P. 135–140.
- Chen D., Yang H., Cao Y. et al. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection // Int. J. Gynecol. 2020. Vol. 149. N. 2. P. 130–136. DOI: 10.1002/ijgo.13146.
- Collin J., Bystrom E., Carnahan A., Ahrne M. Pregnant and postpartum women with SARS-CoV-2 infection in intensive care in Sweden // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2020. Vol. 99. N. 7. P. 818–822. DOI: 10.1111/aogs.13901.
- Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Version 12: RCOG. 2020. 77 p.
- Cui P., Chen Z., Wang T. et al. Clinical features and sexual transmission potential of SARS-CoV-2 infected female patients: a descriptive study in Wuhan, China // MedRxiv. 2020. DOI: 10.1101/2020.02.26.20028225.
- Dede F.S., Celen S., Bilgin S. et al. Maternal deaths associated with H1N1 influenza virus infection in Turkey: a whole-of-population report // BJOG. 2011. Vol. 118. N. 10. P. 1216–1222. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03002.x.
- Ding T., Wang T., Zhang J. et al. Analysis of Ovarian Injury Associated With COVID-19 Disease in Reproductive-Aged Women in Wuhan, China: An Observational Study // Front. Med. (Lausanne). 2021. N. 8. P. 635255. DOI: 10.3389/fmed.2021.635255. PMID: 33816526. PMCID: PMC8017139.
- Diriba K., Awulachew E., Getu E. The effect of coronavirus infection (SARS-CoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis // Eur. J. Med. Res. 2020. Vol. 25. N. 1. P. 39. DOI: 10.1186/s40001-020-00439-w. PMID: 32887660. PMCID: PMC7471638.
- Dutta S., Sengupta P. SARS-CoV-2 and male infertility: possible multifaceted pathology // Reproductive Sci. 2021. Vol. 28. N. 1. P. 23–26. DOI: 10.1007/s43032-020-00261-z.
https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/COVID19/ESHRE-Guidance-on-Recommencing-ARTtreatments_update-4052020.pdf?la=en&hash=A584F8.
- Esteves S.C., Lombardo F., Garrido N. et al. SARS-CoV-2 pandemic and repercussions for male infertility patients: A proposal for the individualized provision of andrological services // Andrology. 2021. Vol. 9. N. 1. P. 10–18.
- Ferrazzi E., Frigerio L., Savasi V. et al. Vaginal delivery in SARS-CoV-2 infected pregnant women in Northern Italy: a retrospective analysis // BJOG. 2020. Vol. 127. N. 9. P. 1116–1121. DOI: 10.1111/1471-0528.16278.
- Guidance for maternal medicine services in the evolving coronavirus (COVID-19) pandemic // Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Version 2.2. 2020.
- Hackett S., Hill L., Patel J. et al. Clinical characteristics of paediatric H1N1 admissions in Birmingham, UK // Lancet. 2009. Vol. 374. P. 605.
- Hantoushzadeh S., Shamshirsaz A.A., Aleyasin A. et al. Maternal death due to COVID-19 // Am. J. Obstet Gynecol. 2020. Vol. 223. N. 1. P. 109.e1–109.e16. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.04.030.
- Henarejos-Castillo I., Sebastian-Leon P., Devesa-Peiro A. et al. SARS-CoV-2 infection risk assessment in the endometrium: Viral infection-related gene expression across the menstrual cycle // Fertility and Sterility. 2020. Vol. 114. N. 2. P. 223–232. DOI: 10.1016/ j.fertnstert.2020.06.026.
- Holtmann N. et al. Assessment of SARS-CoV-2 in human semen-a cohort study // Fertility and sterility. 2020. Vol. 114. N. 2. P. 233–238.
https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-02/28-03-01/05-covid-Shimabukuro.pdf. https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-COVID-19-pregnancychildbirth-and-breastfeeding.
- Jafari M., Pormohammad A., Sheikh Neshin S.A. et al. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis // Rev. Med. Virol. 2021. P. e2208. DOI: 10.1002/rmv.2208.
- Jamieson D.J., Honein M.A., Rasmussen S.A. et al. Novel Influenza A (H1N1) Pregnancy Working Group H1N1 2009 Influenza Virus Infection During Pregnancy in the USA // Lancet. 2009. Vol. 374. N. 9688. P. 451–458.
- Khan M.M.A., Khan M.N., Mustagir M.G. et at. COVID-19 infection during pregnancy: a systematic review to summarize possible symptoms, treatments, and pregnancy outcomes // medRxiv. 2020. Vol. 85. N. 4. P. 295–306. DOI: 10.1101/2020.03.31.20049304.
- La Marca A. et al. COVID-19: lessons from the Italian reproductive medical experience // Fertility and sterility. 2020. Vol. 113. N. 5. P. 920.
- Li K., A Nowak R. The role of basigin in reproduction // Reproduction. 2020. Vol. 159. N. 2. P. R97–R109. DOI: 10.1530/REP-19-0268.
- Li T., Lu H., Zhang W. Clinical observation and management of COVID-19 patients // Emerging Microbes Infect. 2020. Vol. 9. N. 1. P. 687–690.
- Liu D., Li L., Wu X. et al. Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis // AJR Am. J. Roentgenol. 2020. P. 1–6. DOI: 10.2214/AJR.20.23072.
- Liu H., Wang L.L., Zhao S.J. et al. Why are pregnant 111 women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint // J. Reprod. Immunol. 2020. Vol. 139. P. 103122.
- Ma L., Xie W., Li D. et al. Evaluation of sex-related hormones and semen characteristics in reproductive-aged male COVID-19 patients // J. Med. Virol. 2021. Vol. 93. N. 1. P. 456–462.
- Management of COVID-19 infection in pregnant women Statewide. Version 2. Department of Health, Western Australia. 2020. 40 p.
- Maternity care for mothers and babies during COVID-19 pandemic (formerly titled Perinatal care of suspected or confirmed COVID-19 pregnant women) // Queensland Clinical Guidelines. 2021. 33 p.
- Cardona M.W.D., Du Plessis S.S., Velilla P.A. SARS-CoV-2 and the testis: similarity with other viruses and routes of infection // Reprod. Biomed. online. 2020. Vol. 40. N. 6. P. 763–764.
- McIntyre H.D., Moses R.G. The Diagnosis and Management of Gestational Diabetes Mellitus in the Context of the COVID-19 Pandemic // Diabetes Care. 2020. Vol. 43. N. 7. P. 1433–1434. DOI: 10.2337/ dci20-0026.
- Peahl A.F., Smith R.D., Moniz M.H. Prenatal Care Redesign: Creating Flexible Maternity Care Models Through Virtual Care // Am. J. Obstet. Gynecol. 2020. Vol. 223. N. 3. P. 389.e1–389.e10. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.05.029.
- Pfitscher L.C., Cecatti J.G., Pacagnella R.C. et al. Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Group. Severe maternal morbidity due to respiratory disease and impact of 2009 H1N1 influenza A pandemic in Brazil: results from a national multicenter cross-sectional study // BMC Infect. Dis. 2016. Vol. 16. P. 220. DOI: 10.1186/s12879-016-1525-z.
- Poon L.C., Yang H., Lee J.C. et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals // Ultrasound. Obstet. Gynecol. 2020. DOI: 10.1002/uog.22013.
- Qi J., Zhou Y., Hua J. et al. The scRNA-seq Expression Profiling of the Receptor ACE2 and the Cellular Protease TMPRSS2 Reveals Human Organs Susceptible to SARS-CoV-2 Infection // Int. J. Env.Res. Public Health. 2021. Vol. 18. N. 1. P. 284.
- Rasmussen S.A., Jamieson D.J. Maternal mortality due to pandemic influenza A H1N1 2009 virus in Colombia // J. Perinat Med. 2014. Vol. 42. N. 1. P. 27–29. DOI: 10.1515/jpm-2013-0228.
- Rojas-Suarez J., Paternina-Caicedo A., Cuevas L. et al. Maternal mortality due to pandemic influenza A H1N1 2009 virus in Colombia // J. Perinat. Med. 2014. Vol. 42. N 1. P. 19–26.
- Rossi. A.H., Ojeda S.D., Varese A. et al. Sputnik V vaccine elicits seroconversion and neutralizing capacity to SARS-CoV-2 after a single dose // Cell Rep. Med. 2021. Vol. 2. N. 8. P. 100359.
- Schwartz D.A. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their 112 Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes // Arch. Pathol. Lab. Med. 2020. Vol. 144. N. 7. P. 799–805.
- Sengupta P., Leisegang K., Agarwal A. The impact of COVID-19 on the male reproductive tract and fertility: A systematic review // Arab. J. Urol. 2021. Vol. 19. N. 3. P. 423–436. DOI: 10.1080/2090598X.2021.

- Siston A.M., Rasmussen S.A., Honein M.A. et al. Pandemic H1N1 Influenza in Pregnancy Working Group. Pandemic 2009 influenza A(H1N1) virus illness among pregnant women in the United States // JAMA. 2010. Vol. 303. N. 15. P. 1517–1525. DOI: 10.1001/jama.2010.479.
- Smedts A.M., Lele M.S., Modesitt C.S. et al. Expression of an extracellular matrix metalloproteinase inducer (basigin) in the human ovary and ovarian endometriosis // Fertility and sterility. 2006. Vol. 86. N. 3. P. 535–542.
- Stanley K.E., Thomas E., Leaver M. et al. Coronavirus disease-19 and fertility: viral host entry protein expression in male and female reproductive tissues // Fertility and sterility. 2020. Vol. 114. N. 1. P. 33–43.
- Vaiarelli A., Bulletti C., Cimadomo D. et al. COVID-19 and ART: the view of the Italian Society of Fertility and Sterility and Reproductive Medicine // Reprod. Biomed. online. 2020. Vol. 40. N. 6. P. 755–759.
- Vallejo V., Ilagan J.G. A Postpartum Death Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the United States // Obstet. Gynecol. 2020. Vol. 136. N. 1. P. 52–55.
- Vaz-Silva J., M Carneiro M., M Ferreira C. et al. The vasoactive peptide angiotensin-(1–7), its receptor Mas and the angiotensin-converting enzyme type 2 are expressed in the human endometrium // Reprod. Sci. 2009. Vol. 16. N. 3. P. 247–256.
- Wong S.F., Chow K.M., Leung T.N. et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome // Am. J. Obstet. Gynecol, 2004. Vol. 191. N. 1. P. 292–297.
- Xie Y., Wang X., Yang P. et al. COVID-19 complicated by acute pulmonary embolism // Radiol.: Cardiothoracic Imaging. 2020. Vol. 2. N. 2. P. e200067.
- Xu J., Qi L., Chi X. et al. Orchitis: a complication of severe acute respiratory syndrome (SARS) // Biology of reproduction. 2006. Vol. 74. N. 2. P. 410–416.
- Yamamoto Y.D., Donovan L.E., Feig D.S., Berger H.B. Urgent update — temporary alternative screening strategy for gestational diabetes screening during the COVID-19 pandemic: a joint consensus statement from the Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Steering Committee and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 2021. Vol. 46. N. 2. P. 204–206.
- Yan J., Guo J., Fan C. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnant women: a report based on 116 cases // Am. J. Obstet. Gynecol. 2020. Vol. 223. N. 1. P. 111.e1–111.e14.

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Система профилактических мероприятий по охране здоровья граждан на территории страны осуществляется в соответствии с современной нормативно-правовой базой. Ее основные законодательные акты следующие.
Ст. 46. Медицинские осмотры, диспансеризация ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
Пункт 2. Видами медицинских осмотров являются:

- профилактический;
- предварительный;
- периодический;
- предсменный, предрейсовый;
- послесменный, послерейсовый;
- иные, установленные законодательством РФ.

проводят в целях , и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.
Профилактическийосмотрраннего выявления состоянийзаболеваний
при поступлении на работу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе.
Предварительныйосмотрпроводят
проводят с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм заболеваний.
Периодическийосмотрпрофессиональных
Пункт 4. — мероприятий, включающий , проводимые в целях оценки состояния здоровья и осуществляемые в отношении определенных групп населения. Врач ЖК для выполнения вышепоставленных задач в пределах своей компетенции.
Диспансеризация*комплекспрофилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследования***может привлекаться**
Иными словами, (Всероссийская диспансеризация взрослого населения РФ в 2019 и 2020 гг.), метод систематического врачебного наблюдения за состоянием здоровья различных групп населения в медицинских учреждениях с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний.
диспансеризация — это выявление болезней и оздоровление
Пункт 5. представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
Диспансерноенаблюдение
Приказ МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
:
Категории взрослого населения, подлежащие диспансеризации в возрасте 18 лет и старше

- работающие граждане;
- неработающие граждане;
- обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

:
Задачи диспансеризации

- раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития;
- краткое профилактическое или углубленное консультирование;
- определение группы здоровья граждан и необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий;
- определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями.

:
Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно

- в качестве самостоятельного мероприятия;
- в рамках диспансеризации;
- в рамках диспансерного наблюдения [при первом в текущем году диспансерном приеме (осмотре, консультации)].

:
Диспансеризация проводится

- 1 раз в 3 года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;
- ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая:

а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
б) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», лиц, награжденных знаком «Житель осажденного Севастополя» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение 5 лет до наступления такого возраста, и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.
Годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

:
Результаты диспансеризации достижимы

- если выявляемое состояние — важная проблема для здоровья;
- если развитие болезни хорошо изучено;
- если у болезни есть выявляемая ранняя стадия;
- если доступен диагностический тест для раннего выявления;
- если определены интервалы между повторными обследованиями;
- если обеспечены дополнительные диагностические и лечебные вмешательства;
- если стоимость программы в отношении ее полезности не выше, чем у прочих медицинских вмешательств.

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

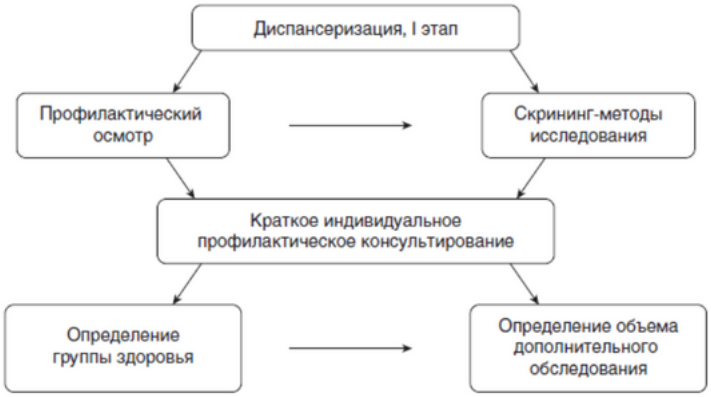
()
Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные обследования, проводимые в целях оценки состояния здоровья включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения и осуществляемые в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.
Необходимым предварительным условием профилактического медицинского осмотра и диспансеризации является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ.
Гражданин вправе отказаться от профилактического медицинского осмотра и/или диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и/или диспансеризации.
Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие COVID-19, проходят углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период.
Углубленная диспансеризация также может быть по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании COVID-19.
В случае использования в медицинской организации медицинской информационной системы медицинской организации или государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта РФ органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья предоставляют гражданам возможность прохождения опроса (анкетирования), получения информации о целях и объемах профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, записи на приемы (осмотры, консультации) медицинскими работниками, исследования и иные медицинские вмешательства, проводимые в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, информирования о порядке прохождения медицинского осмотра и диспансеризации и последовательности приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, в том числе посредством использования федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» и иных информационных систем, предусмотренных ч. 5 ст. 91 Федерального закона № 323-ФЗ.
Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.
При отсутствии в населенном пункте, в котором проживает гражданин старше 65 лет, медицинской организации, в которой возможны профилактический медицинский осмотр или диспансеризация, может осуществляться перевозка гражданина в медицинскую организацию в рамках мер социальной поддержки, предусмотренных в субъекте Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации».
Медицинские мероприятия, проводимые в рамках приказа № 124н, направлены:

- на профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основными причинами инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, факторов риска их развития, включающих повышенный уровень АД, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее — факторы риска), а также риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и/или факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;
- профилактическое консультирование граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;
- определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), включая граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- в качестве самостоятельного мероприятия;
- в рамках диспансеризации;
- в рамках диспансерного наблюдения [при первом в текущем году диспансерном приеме (осмотре, консультации)].

Диспансеризация проводится в для достижения оптимального результата с учетом возможностей амбулаторных медицинских организаций.
два этапа
Профилактический медицинский осмотр (как составная часть диспансеризации) и первый этап диспансеризации рекомендуется проводить в течение (рис. 2.1–2.3).
одного рабочего дня



Порядок и объем первого этапа диспансеризации
Рис. 2.1.

Маршрутизация пациентов (ХНЗ — хроническое неинфекционнное заболевание)
Рис. 2.2.

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Порядок и объем второго этапа диспансеризации
Рис. 2.3.
у женского населения (первый этап диспансеризации):
Методы исследования для выявления злокачественных новообразований

- цитологический скрининг — заболевания шейки матки;
- маммография, УЗИ — заболевания молочных желез;
- кал на скрытую кровь — заболевания толстого кишечника и прямой кишки;
- осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;
- эзофагогастродуоденоскопия — заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

На втором этапе диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) при наличии медицинских показаний в соответствии с КР по назначению врача-терапевта, врача-дерматовенеролога, врача-хирурга или врача-колопроктолога проводятся:
а) исследования на выявление злокачественных новообразований легкого: рентгенография легких или КТ легких;
б) исследования на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара);
в) исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:

- ректороманоскопия;
- колоноскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара);

г) исследование на выявление злокачественных новообразований кожи и/или слизистых оболочек: осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия).
В зависимости от полученной информации при анкетировании, осмотра терапевта и результатов клинико-лабораторного обследования пациенты по показаниям направляются на консультации специалистов.

	Врач-специалист	**Показания (по направлению терапевта)**
Акушер-гинеколог	Выявленные патологические изменения по результатам скрининга (шейки матки, молочной железы)	

По результатам консультирования специалистами для уточнения диагноза могут быть назначены дополнительные обследования как в амбулаторных, так и стационарных условиях.

	Врач-специалист	**Обследования**
Акушер-гинеколог	УЗИ органов малого таза	

Врач-терапевт [врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)] является ответственным за организацию профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка [участка врача общей практики (семейного врача), обслуживаемой территории (далее — участок)].
Основными задачами врача-терапевта при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:

- привлечение населения, прикрепленного к участку, к прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, информирование граждан об их целях, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в профилактическом медицинском осмотре и диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к регулярному прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе путем разъяснительных бесед на уровне семьи;

- прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации, включающий осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний: осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов с целью установления диагноза заболевания (состояния), определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и исследований в рамках второго этапа диспансеризации, а также прием (осмотр) по результатам второго этапа диспансеризации в объеме, предусмотренном в подпункте 13 п. 18 настоящего порядка;
- разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний о мерах по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;
- подведение итогов профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на участке;
- информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со ст. 7 Федерального закона № 38-ФЗ с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции.

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Фельдшер фельдшерского здравпункта или ФАП является ответственным за организацию профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по профилактическому медицинскому осмотру и диспансеризации, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».
Основные задачи фельдшера фельдшерского здравпункта или ФАП при организации профилактического медицинского осмотра и диспансеризации:

- привлечение населения, прикрепленного к фельдшерскому участку, к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации, информирование об их целях, объеме обследования и графике работы подразделений медицинской организации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к регулярным профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации, в том числе путем разъяснительных бесед в семьях;
- инструктаж прибывших на профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию граждан о последовательности обследования;
- выполнение приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации:

- опроса (анкетирования) граждан и подготовки заключения по его результатам, а также установление факта наличия дополнительных жалоб на состояние здоровья, не выявленных при опросе (анкетировании) (далее — анкетирование);
- расчета на основании антропометрии ИМТ;
- измерения АД;
- определения уровня общего холестерина в крови;
- определения уровня глюкозы в крови натощак;
- электрокардиографии в покое;
- измерения внутриглазного давления;
- осмотра фельдшером (акушеркой) и/или взятия мазка с шейки матки в рамках скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний;
- определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев;
- определения относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, СД 2-го типа и хронических болезней почек;
- приема (осмотра) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающего осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;
- краткого индивидуального профилактического консультирования в рамках первого этапа диспансеризации;
- организация выполнения приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации;
- разъяснение пациентам с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний мер по их снижению, а пациентам с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, больным ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, основных симптомов инфаркта миокарда и инсульта, а также правил первой помощи при их развитии, жизненной важности своевременного (не позднее 5 мин от начала появления симптомов) вызова бригады скорой медицинской помощи;
- подведение итогов профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на фельдшерском участке;
- формирование комплекта документов, заполнение карты учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) по форме, утвержденной приказом МЗ РФ от 10.11.2020 № 1207н (далее — карта учета диспансеризации);
- информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со ст. 7 Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых можно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции.

Существует некое понятия «профилактический осмотр».
непонимание

- — часть системы диспансеризации (см. описание выше).

Профилактический осмотр
- Профилактический осмотр входит в систему предварительных и периодических медицинских осмотров (приказ МЗ РФ от 29.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».

В данный приказ, кроме маммографии, цитологического исследования на атипичные клетки, входит УЗИ органов малого таза.
включает в себя:
Профилактический медицинский осмотр

- анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год в целях:

- сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний ЖКТ;
- определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности; для лиц с выявленными факторами риска краткое индивидуальное профилактическое консультирование в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья и/или врачом-терапевтом;
- выявления у граждан в возрасте 65 лет и старше риска падений, жалоб, характерных для остеопороза (ОП), депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения;

- расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) ИМТ для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;
- измерение АД на периферических артериях для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;
- исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;
- определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;
- определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в год;
- определение абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год (сердечно-сосудистый риск определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE, при этом у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза, СД-2 и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы);
- флюорографию легких или рентгенографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в 2 года [не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или КТ органов грудной клетки];
- электрокардиографию в покое при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год;
- измерение внутриглазного давления при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год;
- в возрасте от 18 до 39 лет 1 раз в год;

осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом — акушером-гинекологом женщин

- прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или ФАП, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Как уже было отмечено, работа акушерки смотрового кабинета и ФАП по профосмотрам и диспансеризации женщин в силу деонтологических факторов гендерных различий и этических особенностей жизни в сельской местности.
не может быть поручена фельдшеру-мужчине
.
Диспансеризация проводится в два этапа
диспансеризации (скрининг) для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно :
Первыйэтап1 раз в 3 года

- профилактический медицинский осмотр в необходимом объеме (п. 16 приказа № 404н, подпункты 1–11);
- скрининг на раннее выявление онкологических заболеваний (приложение № 2 к приказу № 404н);
- краткое индивидуальное профилактическое консультирование в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) врачом-терапевтом;
- прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, ()

определения медицинских показаний для осмотров консультаций и обследований в рамках второго этапа диспансеризации;

- [за исключением приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем первого этапа диспансеризации, с иной периодичностью]:

для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год
а) профилактический медицинский осмотр в объеме, указанном в пп. 1–10 п. 16 приказа № 404н;
б) скрининг, направленный на раннее выявление онкологических заболеваний (приложение № 2 к приказу № 404н);
в) общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов);
г) краткое индивидуальное профилактическое консультирование в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья;
д) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации;

- [за исключением приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем первого этапа диспансеризации, с иной периодичностью]:

для граждан в возрасте 65 лет и старше 1 раз в год
а) профилактический медицинский осмотр в объеме, указанном в подпунктах 1–10 п. 16 приказа № 404н;
б) мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний, согласно приложению № 2 приказа № 404н;
в) общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов);
г) краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья;
д) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации.
проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:
Второй этап диспансеризации

- осмотр (консультацию) врачом-неврологом (при наличии впервые выявленных указаний или подозрений на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением, а также в случаях выявления по результатам анкетирования нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрений на депрессию у граждан в возрасте 65 лет и старше, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);
- дуплексное сканирование брахицефальных артерий (для мужчин в возрасте от 45 до 72 лет включительно и женщин в возрасте от 54 до 72 лет включительно при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенного уровня АД, гиперхолестеринемии, избыточной массы тела или ожирения, а также по направлению врача-невролога при впервые выявленном указании или подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан в возрасте от 65 до 90 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);
- осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет при повышении уровня простатспецифического антигена в крови более 4 нг/мл);
- осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая ректороманоскопию (для граждан в возрасте от 40 до 75 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу и/или злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача — акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки);
- колоноскопию (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);
- эзофагогастродуоденоскопию (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача-терапевта);
- рентгенографию легких, КТ легких (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования легкого по назначению врача-терапевта);
- спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан, выявленных по результатам анкетирования, по назначению врача-терапевта);

- осмотр (консультацию) врачом — акушером-гинекологом (для женщин в возрасте 18 лет и старше с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований шейки матки, в возрасте от 40 до 75 лет с выявленными патологическими изменениями по результатам мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление злокачественных новообразований молочных желез);
- осмотр (консультацию) врачом-оториноларингологом [для граждан в возрасте 65 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или приема (осмотра) врача-терапевта];
- осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 40 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 65 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования);
- осмотр (консультацию) врачом-дерматовенерологом, включая проведение дерматоскопии (для граждан с подозрением на злокачественные новообразования кожи и/или слизистых оболочек по назначению врача-терапевта по результатам осмотра на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающего осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов);
- исследование уровня HbA1c в крови (для граждан с подозрением на СД по назначению врача-терапевта по результатам осмотров и исследований первого этапа диспансеризации);
- индивидуальное или групповое (школы для пациентов) углубленное профилактическое консультирование в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья для граждан:

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

а) с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;
б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и/или потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и/или профилактики старческой астении;
г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и/или ожирения, и/или гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курении более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и/или риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;

- прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения с учетом заключений врачей-специалистов, направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе направление на осмотр (консультацию) врачом-онкологом при подозрении на онкологические заболевания в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 915н, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации могут проводиться мобильными медицинскими бригадами.
При профилактическом медицинском осмотре и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее 1 года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторных исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.
Для определения по результатам профилактического медицинского осмотра или диспансеризации группы здоровья гражданина и группы диспансерного наблюдения используются определенные критерии.

- I группа здоровья — граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).
- II группа здоровья — граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также граждане, у которых выявлено ожирение и/или гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и/или лица, курящие более 20 сигарет в день, и/или лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и/или риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Граждане с II группой здоровья с высоким или очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или ФАП, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом. Гражданам с II группой здоровья при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска.
- IIIа группа здоровья — граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;
- IIIб группа здоровья — граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с IIIа и IIIб группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.
По результатам дополнительного обследования группа здоровья гражданина может быть изменена.
Основным индикатором эффективности профилактического медицинского осмотра, диспансеризации является охват граждан профилактическим медицинским осмотром, диспансеризацией в медицинской организации.
На основе сведений о прохождении гражданином профилактического медицинского осмотра и/или диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшерского здравпункта или ФАП (по результатам исследований, проведенных в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в данном фельдшерском здравпункте или ФАП), заполняется .
карта учета диспансеризации

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Результаты приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с пометкой «Профилактический медицинский осмотр» или «Диспансеризация» (приложение № 1 к приказу МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»).
Медицинской организацией работающему гражданину выдается справка о прохождении профилактического медицинского осмотра или диспансеризации в день прохождения указанных осмотра (диспансеризации) в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений, утвержденным приказом МЗ РФ от 14 сентября 2020 г. № 972н.
Важной частью работы ЖК остается тесная взаимосвязь с общеполиклиническими лечебно-профилактическими учреждениями, наблюдение и лечение пациенток с выявленными во время профилактических осмотров и диспансеризации гинекологическими заболеваниями (сведения передаются в территориальную ЖК). Немаловажный раздел работы врача участка — обследование и лечение пациенток, направленных в ЖК при подозрении на гинекологические заболевания или при их выявлении.
смотровым кабинетом поликлиники
, обратившимся впервые в текущем году в ЖК, проводится профилактический осмотр.
Всем женщинам
:
Объем профилактического осмотра в ЖК

- прием врача — акушера-гинеколога;

- сбор жалоб;
- опрос — выявление факторов риска онкологических заболеваний, нерационального питания, снижения физической активности, курения, употребления алкоголя, наркотических и психоактивных веществ;
- антропометрия и расчет ИМТ;
- измерение АД;
- осмотр кожных покровов и слизистых;
- осмотр и пальпация молочных желез;
- осмотр и пальпация живота;
- пальпация периферических лимфатических узлов;
- осмотр наружных половых органов;
- осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища;
- взятие с использованием специальной щетки содержимого [мазка (соскоба)] с поверхности шейки матки и стенок цервикального канала на цитологическое исследование;
- обработка шейки матки уксусной кислотой и Раствором Люголя;
- ♠
- бимануальное исследование матки и придатков;
- пальцевое обследование прямой кишки при наличии показаний.

Комментарий. В соответствии с приказом № 1130н в рамках первичной медико-санитарной помощи в ЖК осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний во все возрастные периоды, заболеваний молочных желез, ИППП, подбор методов контрацепции, преконцепционную и прегравидарную подготовку, — эта работа проводится среди пациенток по обращаемости.

В соответствии с приказом № 1130н в рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводится: скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (анализ на ВПЧ) и цитологическое исследование мазка (соскоба), в том числе жидкостная цитология, на наличие атипических клеток шейки матки, скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм).

Скрининг при профилактических осмотрах здоровых женщин считается выполненным при охвате . Широта охвата населения (80% и более) может быть обеспечена с помощью активной рассылки приглашений на обследование с помощью электронной почты и мобильной связи, а также с использованием технологии самозабора (при исследовании на ВПЧ).

80% и более женского населения

Скрининг для выявления РШМ проводится в возрасте 21–29 лет с применением цитологии/жидкостной цитологии 1 раз в 3 года, в возрасте 30–65 лет с применением ко-тестирования (цитология/жидкостная цитология с окраской по Папаниколау и ВПЧ-типирование, в том числе с использованием технологии самозабора) 1 раз в 5 лет.

Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм) проводится у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года.

С целью выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов проводится бимануальное исследование и УЗИ органов малого таза.

Под подразумевается населения с целью выявления заболевания на ранней стадии.

скринингомпрофилактическоеобследование

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Цитологический скрининг

Цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса с использованием различных методов окраски исторически является первым и основным инструментом скрининга, несмотря на данного метода (55–74% при специфичности 63,2–99,4%).

недостаточно высокую чувствительность

В соответствии с приказом № 1130н рекомендовано цитологическое исследование мазков с шейки матки в условиях амбулаторной и стационарной помощи как в рамках . Контроль цитологического мазка поддерживается также КР «Нормальная беременность» (2020). Более подробное описание современных подходов к скринингам с позиции профилактики РШМ отражено в КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2020).

профилактического осмотра, так и для пациенток с гинекологическими заболеваниями и беременных

Около 10% традиционных цитологических мазков считаются , что связано с и приготовления препарата.

неадекватными *неправильной техникой забора материала*

Как оказалось, самым узким местом является взятие материала — мазка с поверхности и содержимого цервикального канала. Основных недостатков два: специальных щеток в медицинской организации и/или их для взятия содержимого со всех стенок цервикального канала — от внутреннего до наружного зева. Еще раз следует акцентировать внимание на том, что взятие материала . относятся к традиционным методам диагностики состояния шейки матки.

*отсутствие недостаточная длина***шпателем, тампоном etc. относится к противоправным действиям врача (!), хотя ответственность за условия и материально-техническое обеспечение несет работодатель — главный врач медицинской организацииПриготовление мазков для цитологического исследования с окраской по Папаниколау (PAP-тест) и жидкостная цитология с использованием системы CytoScreen (автоматическое приготовление, окрашивание, оценка препарата)**

 — альтернатива традиционному мазку, подразумевает размещение материала с шейки матки вместе со щеткой не на стекле, а в , предупреждающее утрату части материала.

Жидкостнаяцитология*транспортной жидкости*

Дальнейшая работа с клеточной суспензией происходит в лаборатории и может быть частично или полностью автоматизирована. Жидкостная технология позволяет получить стандартизованные цитологические образцы высокого качества, избежать загрязнения препарата эритроцитами и воспалительными элементами и распределить клетки без нагромождения на небольшом участке диаметром 1–2 см в виде . Преимуществом метода является уменьшение числа неадекватных мазков примерно в 10 раз, сокращение времени, необходимого для интерпретации мазка, возможность использования оставшейся клеточной суспензии для и молекулярных тестов из того же образца в случае сомнительных результатов мазков.

равномерногомонослояВПЧ-тестирования

Диагностика неоплазий и цервикальный скрининг эффективны только при получении адекватного материала.

(КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», 2020) следующее.

Для получения адекватного материала необходимо

- Использовать современные инструменты — комбинированные или пользоваться двумя отдельными щетками. Следует исключить из (Эйра, деревянные и металлические), кюретажные ложечки как не позволяющие получить достойный скарификат из зоны трансформации (ЗТ) и переходной зоны и разрушающие клеточные элементы при распределении материала на стекле.

щетки с эндоцервикальным компонентом **употребления все шпатели**

- Получать материал в виде скарификата () в целях получения образца, максимально богатого клетками.

до «кровавой росы»

- Полноценный цервикальный образец должен быть получен из цервикального канала и , так как часть повреждений может находиться за пределами эктоцервикса.

крипт эндоцервикса

(КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», 2020).

Правила забора материала для онкоцитологического исследования

Шейку матки обнажают в зеркалах.

Материал берется с поверхности ЗТ — переходной зоны стыка эпителиев и из эндоцервикальных крипт, то есть с экто- и из эндоцервикса. В связи с тем что неопластический процесс изначально и наиболее активно развивается в месте стыка эпителиев (в переходной зоне) и ЗТ, соскоб (мазок) обязательно должен включать эпителий этих зон. Из-за поражения эндоцервикальных крипт важно наличие в материале эндоцервикального компонента.

Внимание!

Необходимо использование специального одноразового инструмента, гарантирующего взятие материала со всех указанных зон и обеспечивающего информативность препарата.

Использование нестандартизованных инструментов недопустимо: это снижает эффективность цитологического исследования.

Клинический материал необходимо брать до кольпоскопии, различных проб и бимануального исследования во избежание лизирования и деформации клеточных элементов.

Получение материала проводят удаления слизи стерильным сухим мягким ватным тампоном, без грубого давления на шейку во избежание утраты эпителия.
после

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Взятие материала для цитологического исследования проводится при помощи цитощетки (экто- и эндоцервикс) и эндоцервикальной щетки и представляет собой получение соскоба-скарификата.
Рекомендуемая методика получения материала: цитощетку, расположенную преимущественно на экзоцервиксе, повернуть по часовой стрелке на 360°. Если материал берут цитощеткой с эндоцервикальным штифтом, ее рекомендуется повернуть не менее на 360°. Для взятия материала с эндоцервикса эндоцервикальную щетку после введения следует повернуть не менее . Закономерное появление «кровавой росы» свидетельствует о получении информативного цервикального образца, где, кроме слизи, обнаруживаются клетки практически всех слоев эпителиального пласта.
5 раз3 раз3 раз*против часовой стрелки*
Адекватный мазок должен быть максимально тонким, не содержащим толстые участки, непросматриваемые скопления или комплексы клеток.
Материал должен распределяться равномерно вдоль обезжиренного сухого стекла (а не поперек или кругами) по всей поверхности стекла с равномерным распределением наибольшего количества полученного скарификата.
Сразу после приготовления препарата его. При окраске по Папаниколау используют аэрозольный фиксатор (его наносят на стекло под прямым углом с расстояния 20 см) или помещают стекло в 95% этанол (Этиловый спирт) по крайней мере на 5 мин. Если используется окраска по Романовскому–Гимзе, то специальные фиксаторы не применяются, препарат высушивается на воздухе.
фиксируют♠
Препараты должны быть маркированы: на обороте стекла препарата сбоку по короткому краю указывают фамилию пациентки, локализацию забора (экто-, эндоцервикс) и регистрационный номер исследования.
В РФ прилагаемое к препарату является стандартной формой № 446/у, утвержденной приказом МЗ РФ от 24.04.2003 № 174 «Об утверждении учетных форм для цитологических исследований». Необходимо заполнить все пункты лицевой стороны бланка (в графе «Проведенное лечение» обязательно указать какое, например диатермоэлектрокоагуляция шейки матки 2002 г.).
направление
:
Исследование не следует проводить

- ранее 48 ч после полового контакта;
- во время менструации;
- в период лечения генитальных инфекций;
- ранее 48 ч после расширенной кольпоскопии с обработкой 3–5% раствором уксусной кислоты или Раствором Люголя, после использования любрикантов, тампонов или спермицидов;

♠

- после вагинального исследования или спринцевания.

Если более 75% клеток многослойного плоского эпителия покрыты эритроцитами или лейкоцитами, при количестве клеток менее 500 и при отсутствии клеток ЗТ мазок считается . В этих ситуациях жидкостная цитология имеет несомненные преимущества.
неудовлетворительным
Для монослойного препарата (метод жидкостной цитологии) материал получают с помощью специальной цервикальной щетки с экто- и эндоцервикальными компонентами. Центральную часть щетки в виде штифта с горизонтальными короткими щетинками вводят в цервикальный канал, а длинные боковые щетинки, имеющие граненую форму, при этом распределяются на влагалищной части шейки матки. Слегка надавливая, поворачивают обычную щетку по часовой стрелке 3–5 раз, эндоцервикальную — против часовой стрелки 3 раза, что обеспечивает гарантированное получение достаточного количества клеточного материала. Съемную головку щетки вместе с собранным материалом помещают в пробирку (виалу) со стабилизирующим раствором.
Жидкостная цитология гарантирует стандартизацию мазков с получением монослоя отделенных от других клеточных элементов эпителиальных клеток. В том же образце возможно исследование на ВПЧ, выполнение иммуноцитохимических тестов на тяжелые повреждения [p16/Ki67, CINtec; ProEX C (топоизомераза α-2, BD)], которые необходимы в случаях с трудной дифференцировкой и сомнительных (ASCUS, ASC-H), легких (LSIL) повреждениях. Коэкспрессия белков p16/Ki67 свидетельствует о нестабильности и скорой прогрессии неоплазии до следующей степени.
Жидкостная технология в автоматизированных системах позволяет улучшить выявляемость изменений на этапе внутриэпителиальной неоплазии шейки матки (CIN,), обеспечить персонифицированный учет женщин, облегчить организационные трудности скрининга, так как ВПЧ-тестирование возможно без дополнительного визита пациенток.
Cervical intraepithelial neoplasia
Интерпретация результатов цитологических методов исследования должна проводиться согласно одной из современных классификаций, например Bethesda (см. приложение 19). В то же время радикальных изменений внедрение этой системы не произвело, и реального снижения РШМ в мире не случилось. Одной из причин по-прежнему полагают (FIGO, 2018) (табл. 2.1).
некачественныйзаборматериала

Соотношение классификаций предраковых поражений шейки матки
Таблица 2.1.

	Система Папаниколау		**Описательная система Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)**	**CIN**	**Терминологическая система Bethesda**
Класс 1 (норма)	Отсутствие злокачественных клеток	Отсутствие неопластических изменений	Норма		
Класс 2 (метаплазия эпителия, воспалительный тип)	Атипия, связанная с воспалением	Реактивные изменения клеток ASC: атипичные клетки плоского эпителия неопределенного значения: ASC-H			
Класс 3 (дискариоз)	Слабая дисплазия	CIN I Койлоцитоз	LSIL		
	Умеренная дисплазия	CIN II	HSIL		
Тяжелая дисплазия	CIN III				
Класс 4 (клетки, подозрительные на рак, или карцинома)					
in situ Карцинома					
in situ Класс 5 (рак)	Инвазивная карцинома	Карцинома	Карцинома		

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Существуют объективные причины гиподиагностики CIN.

- Смещение с возрастом стыков эпителия вследствие естественного метапластического процесса переходной зоны (ЗТ), центральнее, а затем и внутрь цервикального канала с формированием частично видимых 2-го или 3-го типа ЗТ со скрытыми очагами неоплазии.
- Вовлечение в неопластический процесс эндоцервикальных крипт, что может быть источником микроинвазии. Вовлеченность крипт может усложнять диагностику эпителиальных повреждений и быть причиной неудач в их лечении. Глубина поражения крипт CIN у 94% больных

не превышает 5 мм латерально от стенки канала, но расположение их на глубине до 4 мм от эктоцервикса служит причиной неполноценности эксцизии в области эндоцервикса и неизлеченности.

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Профилактика рака шейки матки (Всемирная организация здравоохранения, 2014)
Первичная профилактика: вакцинация против ВПЧ, ориентированная на подростков (мальчиков и девочек) в возрасте 9–17 лет, желательно до начала половой жизни, и молодых женщин от 18 до 26 лет.
Вторичная профилактика: доступность скрининга с последующим лечением выявленного предрака шейки матки.
Третичная профилактика: доступ к лечению РШМ и ведение женщин любого возраста, включая хирургическое вмешательство, химиотерапию, лучевую терапию и паллиативную помощь.
Снижение смертности от РШМ на 20–60% достигнуто в Европе и Северной Америке за счет внедрения , базирующихся на PAP-тесте, в том числе в сочетании с ВПЧ-тестом.
скрининговых программ

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Тестирование на вирус папилломы человека
FIGO рекомендует в качестве скрининга онкоцитологию (до 60 лет) + ВПЧ-тестирование (до 65 лет) каждые 5 лет (2009). С 2015 г. SGO ASCCP рекомендовали
первичный ВПЧ-скрининг для женщин в возрасте 25 лет и старше.
ВОЗ (2014) рекомендует в качестве скрининга хотя бы 1 раз в год для каждой женщины в целевой возрастной группе 30–49 лет.
ВПЧ-тестирование, цитологическое и визуальное обследование с использованием уксусной кислоты
. В РФ обследование на ВПЧ (контроль ПЦР отделяемого из цервикального канала на ВПЧ) предусмотрено КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2020) для женщин с выявленными доброкачественными заболеваниями шейки матки. .
КомментарийНо оно не входит в программу профилактического осмотра и диспансеризации
Методика получения материала для исследования на вирус папилломы человека

- Берется клинический материал из ЗТ с переходной зоной и крипт цервикального канала — щеткой вращательными движениями обрабатывается сначала часть эктоцервикса, затем она вводится в нижнюю треть канала, где производится 3–5 оборотов.
- Щеточка помещается в специальный контейнер с консервантом.
- Контейнер необходимо правильно промаркировать: написать фамилию и инициалы пациентки, номер амбулаторной карты или истории болезни и дату.

Самостоятельное взятие материала для тестирования на вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска
Существует вариант скрининга с самостоятельным получением вагинальных выделений для ВПЧ-теста при помощи специальных устройств. После взятия материала отделяющийся рабочий наконечник инструмента погружается в промаркированную пробирку и отправляется по почте в централизованную лабораторию с заполненной анкетой с указанием обратной связи — электронной почты или мобильного телефона. При получении неблагоприятного результата больная направляется к гинекологу для дообследования. Эффективность ВПЧ-тестов при самостоятельном получении вагинальных выделений достаточно высока, большинство пациенток (особенно до 30 лет) проявляют приверженность данному методу, поэтому его следует рассматривать как достойную альтернативу исследованию образцов на ВПЧ высокого канцерогенного риска, забранных специалистами. Тест для самозабора экономически менее затратен, чем визит к врачу, и при условии хорошей информированности женщин может иметь широкое применение и тем самым повысить численность женщин, участвующих в программах скрининга.
Ранжирование ВПЧ-нагрузки

- Высокая ВПЧ-нагрузка от 107 копий/мл и более — риск РШМ.
- Умеренная ВПЧ-нагрузка 105–107 копий/мл — наличие CIN.
- Клинически малозначимое количество ВПЧ — менее 105 копий/мл.

:
Показания к применению ВПЧ-теста

- цервикальный скрининг.

. У женщин старше 30 лет в скрининге с ВПЧ-тестированием (первичный тест) или в скрининге с ко-тестированием (сочетание одновременно ВПЧ-теста с цитологическим исследованием) общее состояние существенно улучшается.
Комментарий

- диагностика CIN;
- оценка эффективности лечения и мониторинга больных после лечения;
- разделение (сортировка) женщин с аномальными результатами мазков от ASCUS и более в возрасте от 25 до 65 лет;
- определение тактики ведения пациенток с мазками типа ASCUS;
- оценка эффективности эксцизионного лечения HSIL, CIN 2–3/преинвазивного рака () и микроинвазивного рака в случае

органосохраняющих операций (КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», 2020).
carcinoma in situ
Среди женщин с отрицательными результатами цитологического исследования интервал перед повторным тестом должен составлять от 3 до 5 лет. В случае если не было отрицательного результата обследования в течение предыдущих 5 лет, повторная цитология выполняется через 1 год из-за недостаточно высокой чувствительности цитологического метода, то есть первые два исследования осуществляются ежегодно. Среди женщин с негативными результатами при тестировании на ВПЧ повторный скрининг можно проводить через 5 лет.
Вакцинопрофилактика
В РФ зарегистрирована четырехвалентная вакцина, содержащая антигены ВПЧ 6-го, 11-го, 16-го, 18-го типов. Готовится регистрация 9-валентной вакцины. Допустимый возраст вакцинации — от 9 до 45 лет. Вакцинация против ВПЧ высокого канцерогенного риска в России не входит в национальный календарь прививок, не оплачивается за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и возможна за счет личных средств граждан или иных средств, предусмотренных законодательством РФ. Ожидается, что в 2024 г. в России станет доступной и собственная вакцина против ВПЧ типов 6, 11, 16, 18 (производитель биофармацевтическая компания «Нанолек»). Опубликованы данные о результатах ее клинического исследования I фазы. О нежелательных явлениях после вакцинации сообщили 13% участников, получивших российскую вакцину. Все нежелательные явления были легкими и разрешались без последствий. В будущем компания планирует полностью покрыть потребности России в вакцине и вакцинация против ВПЧ будет внесена в национальный календарь.

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

.
Рекомендуется придерживаться следующего подхода к цервикальному скринингу

- Начало скрининга — 21 год.
- Конец скрининга — 69 лет (при условии предыдущего адекватного скрининга и отсутствии в течение 20 лет CIN II).
- 21–29 лет — цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в 3 года.
- 30–69 лет цитология/жидкостная цитология + ВПЧ не реже 1 раза в 5 лет.

Согласно мировым рекомендациям, во всех вариантах скрининга при обнаружении мазков. В некоторых странах скрининг начинают с ВПЧ-тестирования.
ВПЧ-тестирование обязательноаномальных результатов
Залог эффективности скрининга — широта охвата населения (не менее 70%). Этот вопрос может быть решен активной рассылкой приглашений на обследование с помощью электронной почты и мобильной связи, а также с использованием технологии самозабора.

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Маммологический скрининг
РМЖ — проблема современности, которая не утрачивает своей актуальности в связи с высокой заболеваемостью и смертностью женского населения. В РФ за последние 10 лет прирост стандартизованных показателей заболеваемости составил 26,1%.
РМЖ — самый распространенный изо всех гинекологических раков во всем мире: в 2017 г. в мире зарегистрировано 1,67 млн больных женщин. В структуре онкологической заболеваемости РМЖ — 25,2% всех злокачественных опухолей, в структуре смертности от них — 14,7%. В 2018 г. зарегистрировано 70 682 новых случая, что составляет 20,9% — первое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женщин. Средний возраст заболевших составил 61,5 года. Среднегодовой темп прироста заболеваемости (стандартизованный показатель) составил 1,97% за последние 10 лет. Кумулятивный риск развития РМЖ в 2018 г. составил 5,87% при продолжительности жизни 74 года. В последние годы увеличивается количество пациенток, у которых заболевание диагностировано в I–II стадии. Так, в 2018 г. этот показатель составил 71,2%, тогда как 10 лет назад равнялся 62,7%. Стандартизованный показатель смертности с 2008 по 2018 г. снизился с 17,05 до 14,02 соответственно. Риск умереть от РМЖ у женщин в 2018 г. составил 1,6%. Доля женщин, состоящих на учете 5 лет и более, составляет 59,8%.
В структуре женского населения РМЖ также находится , составляя 16,2%.
смертности на первом месте
РМЖ у мужчин составляет менее 1% опухолей этой локализации, занимая 0,3% в структуре заболеваемости.
Основная цель скрининговых программ по раннему выявлению РМЖ — снижение показателей смертности от данного заболевания путем диагностики ранних стадий РМЖ.
Маммографический скрининг женского населения является доказанным методом профилактики смертности от РМЖ.
В рекомендациях по скринингу для выявления РМЖ, принятых в 2017 г. Европейским обществом заболеваний молочной железы (European Society of Breast Imaging), указано, что маммографический скрининг каждые 2 года позволяет снизить смертность от РМЖ, прежде всего женщин в возрасте 50–69 лет (1-й приоритет данного мероприятия), а также, в меньшей степени, в возрасте 73–75 лет (2-й приоритет) и, при ежегодном скрининге, в возрастной группе от 40–45 до 49 лет (3-й приоритет).
(),
Для женщин 50–69 лет, с учетом 10-летнего латентного периода и дозы радиации, получаемой во время скрининга 2,5 mGy риск смерти от РМЖ, связанного с маммографией, составляет 1 на 100 000 скринированных женщин, при этом риск индуцированного РМЖ как минимум в 100 раз ниже вероятности избежать смерти от РМЖ благодаря маммографическому скринингу.
. Рекомендации по началу и окончанию скрининга РМЖ до настоящего времени не стандартизованы. В США, в соответствии с консенсусами различных сообществ, возраст начала скрининга варьирует от 40 до 50 лет с интервалом 1–2 года (American Cancer Society; U.S. Preventive Services Task Force). В программе скрининга РМЖ, принятой в Великобритании (The Breast Cancer Screening Programmes, UK), в настоящее время предусмотрено приглашение женщин в возрасте 50–70 лет для скрининговой маммографии каждые 3 года с целевым уровнем охвата таргетной популяции 80% и более.
Комментарий
Достижение успехов в лечении и снижении смертности заключается в ранней диагностике. определяет как соблюдение следующих :
ВОЗ*качественный маммографический скрининг***принципов**

- активное участие в скрининге женского населения (популяции);

80%
- наличие парка современного диагностического оборудования (комплексы для выполнения стереотаксической биопсии непальпируемых опухолей, высокочувствительные УЗ-аппараты);
- направление на скрининг только здоровых, не предъявляющих жалоб женщин; возраст обследуемых — 40–69 лет.

При организации диспансеризации учитываются четыре положения скрининга: .
доступность для пациенток, приемлемость, точность, доступность по цене
. Регламент обследования молочных желез разнится в действующих нормативных документах.
Комментарий

- Приказ № 1130н: маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм) проводится у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года. Гинекологам целесообразно придерживаться именно этих рекомендаций.
- Приказ № 203н, п. 3.2.16. «Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании яичника (код по МКБ-10 С56)»: УЗИ молочных желез у женщин моложе 40 лет (при установлении диагноза); маммография у женщин 40 лет и старше (при установлении диагноза); п. 3.2.12. «Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании молочной железы (код по МКБ-10 С50)». Выполнена билатеральная маммография и/или МРТ молочных желез (при установлении диагноза).
- КР «Доброкачественная дисплазия молочной железы» (2020).

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез проводится в возрасте от 40 до 75 лет включительно — маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года.
У женщин до 40 лет показано выполнение УЗИ молочных желез 1 раз в 2 года при отсутствии факторов риска РМЖ и жалоб; при наличии факторов риска (табл. 2.2) и/или жалоб проводить УЗИ молочных желез 1 раз в год; при подозрении на патологические изменения молочных желез показаны маммография и УЗИ молочных желез независимо от возраста.
Установленные факторы риска доброкачественной дисплазии молочной железы (Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы», 2020)
Таблица 2.2.
Фактор **Характер воздействия**
Ранние факторы риска

Низкий объем массы жировой ткани в детстве и подростковом возрасте	Положительная ассоциация с риском доброкачественной дисплазии молочной железы (ДДМЖ)
Высокорослость в 10 лет и быстрый линейный рост в 10–18 лет	Положительная ассоциация с риском ДДМЖ
Прием алкоголя в возрасте от менархе до первых родов	Положительная ассоциация с риском ДДМЖ
Животный жир, мясо (≥3 порций в день) в подростковом возрасте	Положительная ассоциация с риском ДДМЖ

Факторы риска в старшем возрасте
Менопаузальная гормонотерапия (МГТ) Длительность МГТ (более 8–15 лет) ассоциирована с увеличением риска ДДМЖ
Несмотря на наличие регламентирующих нормативных документов, до настоящего времени на систематической основе скрининг РМЖ, в частности маммографический, в РФ не проводится.
Для диагностики ДДМЖ рекомендованы рентгеновская маммография у пациенток с узловыми образованиями в молочных железах, а также в качестве скринингового метода от 40 до 75 лет; УЗИ молочных желез у пациенток молодого возраста с развитой железистой тканью, беременных и женщин в период лактации.
Рентгеновская маммография, позволяющая в 92–95% случаев своевременно распознать патологические изменения, рекомендована для объективной оценки состояния молочных желез. Диагностическая ценность маммографии зависит от соблюдения стандартов рентгенологического исследования молочных желез. Обязательными условиями выполнения маммографии являются: стандартное исследование обеих молочных желез в двух проекциях: прямой — краниокаудальной и косой под 45°; компрессия молочной железы; исследование обеих молочных желез. Чувствительность метода составляет 85–87%, специфичность — 91–92%. Информативность маммографии существенно снижается при повышенной маммографической плотности. Цифровая маммография имеет преимущества перед обычной (film screen) маммографией благодаря лучшей контрастности изображения, особенно при повышенной маммографической плотности, лучшей визуализации кожи и периферических тканей, возможности хранения и динамической оценки результатов, более низкой дозе облучения.
рентгеновская маммография при наличии узловых образований в молочных железах независимо от возраста для верификации диагноза.
Рекомендована
Узловые образования могут визуализироваться в виде узлового компонента неопределенной формы, локальной тяжистой перестройкой структуры (радиальный рубец, жировой некроз), локальным скоплением микрокальцинатов (склерозирующий аденоз). Согласно международным рекомендациям, при впервые обнаруженных пальпируемых образованиях в молочной железе маммография рекомендована женщинам старше 30 лет, хотя в ряде случаев данное исследование может выполняться даже у женщин моложе 30 лет. Так,

в международных руководствах NCCN (National Comprehensive Cancer Network) (2017) рассматривается возможность применения диагностической маммографии у женщин моложе 30 лет с впервые выявленными пальпируемыми образованиями в молочной железе при отсутствии изменений по данным УЗИ.
УЗИ молочных желез у пациенток до 40 лет с развитой железистой тканью, беременных и женщин в период лактации для верификации диагноза.
Рекомендуется
УЗИ — незаменимый метод инструментальной диагностики в маммологии и дополняет как маммографию, так и магнитно-резонансное исследование.
При сомнительных результатах рентгеновской маммографии и УЗИ в серошкальных режимах (В-режиме) в качестве дополнительных опций могут применяться дуплексное (триплексное) исследование с применением режимов цветового допплеровского картирования, энергетического допплеровского картирования, УЗ-эластография как компрессионная, так и сдвиговой волной. Мультипараметрическое УЗИ является методом выбора в дифференциальной диагностике между диффузными и очаговыми изменениями паренхимы молочных желез, кистозными и солидными образованиями, при неясной и/или противоречивой клинико-рентгенологической картине и при повышенной маммографической плотности.
МРТ молочных желез на первом этапе диагностики ДДМЖ.
Не рекомендуется
применение системы у всех пациенток для адекватной трактовки результатов инструментальной диагностики и последующей маршрутизации пациенток.
РекомендованоBI-RADS
. Категории оценки .
КомментарийBI-RADS *едины для всех методов обследования молочной железы*
Врачи — акушеры-гинекологи должны получать заключение по системе BI-RADS (см. приложение 23):

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

- 0 — неуточненное и требует дообследования;
- 1 — результат отрицательный (без изменений);
- 2 — доброкачественные изменения;
- 3 — вероятно доброкачественные изменения;
- 4, 5 — высокая вероятность малигнизации;
- 6 — малигнизация, подтвержденная морфологически с помощью биопсии.

()(). ().
Следует выполнять Порядок или издать региональный регламент скрининга на выявление болезней молочных желез, предусматривающий двустороннюю связь и информирование направившего на маммографию врача учреждения и маммографического кабинета отделенияДиагностика заболеваний молочных желез начинается с расспроса пациентки табл. 2.3На данном этапе должны быть идентифицированы факторы риска РМЖ.
Установленные факторы риска рака молочной железы
Таблица 2.3.

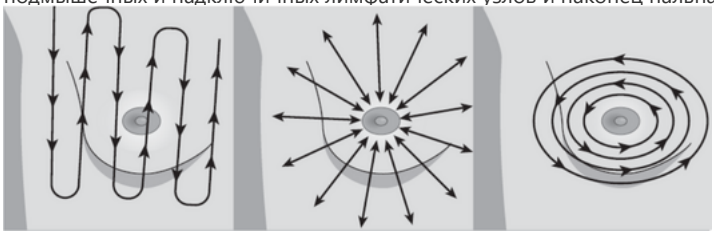
	Фактор	**Характер воздействия**
Возраст	Риск РМЖ увеличивается с возрастом	
Женский пол	Частота РМЖ в 100 раз чаще у женщин, чем у мужчин	
Белая раса	Частота впервые выявленного РМЖ у белых выше, чем у представительниц негроидной расы	
Масса тела	Увеличение ИМТ ассоциировано с возрастанием риска РМЖ в постменопаузе	
Рост	Высокий рост ассоциирован с увеличением риска РМЖ как в пре-, так и в постменопаузе	
Эстрогены	Высокие уровни эндогенных эстрогенов повышают риск РМЖ в пре- и постменопаузальном возрасте	
Доброкачественные заболевания молочных желез, пролиферативные формы	Пролиферативные формы (особенно с атипией) доброкачественных заболеваний молочных желез ассоциированы с повышением риска РМЖ	
Плотность ткани молочной железы при маммографии	Повышенная маммографическая плотность ассоциирована с увеличением риска РМЖ	
Минеральная плотность костей (МПК)	Повышенная плотность костей по данным денситометрии ассоциирована с увеличением риска РМЖ	
Андрогены	Повышение уровня тестостерона ассоциировано с увеличением риска РМЖ	
Инсулиноподобные факторы роста	IGF1 положительно ассоциирован с риском РМЖ	
Инсулин	Гиперинсулинемия является независимым фактором риска РМЖ	
Внутриутробное воздействие диэтилстильбэстрола	У женщин, подвергавшихся внутриутробно воздействию диэтилстильбэстрола, повышен риск РМЖ в возрасте 40 лет и старше	
Возраст менархе	Ранний возраст менархе (13 лет и менее) ассоциирован с увеличением риска РМЖ	
Возраст менопаузы, длительность МГТ	Относительный риск РМЖ возрастает на 1,03% с каждым годом отсрочки менопаузы, что сопоставимо с влиянием длительности МГТ	
Роды и возраст при рождении первого ребенка	У рожавших женщин риск РМЖ к 70 годам в целом ниже, чем у нерожавших. При рождении первого ребенка в 20 лет риск РМЖ в сравнении с нерожавшими ниже на 20%, в 25 лет — на 10%. Однако при рождении первого ребенка к 35 годам риск РМЖ на 5% выше, чем у нерожавших	
Персональная история РМЖ	Протоковая карцинома или инвазивный РМЖ повышает риск РМЖ контралатеральной молочной железы	
in situ		
Семейная история РМЖ	Риск РМЖ существенно зависит от числа родственниц первой линии с РМЖ	
Мутации генов и *BRCA1, BRCA2, p53, ATM PTEN*		
5–6% РМЖ непосредственно связаны с мутациями данных генов		
Алкоголь	У людей, употребляющих алкоголь, риск РМЖ выше, чем у тех, кто его не употребляет	
Курение	Умеренное увеличение риска РМЖ у курильщиков	
Воздействие ионизирующей радиации	Воздействие облучения с лечебной целью в раннем возрасте ассоциировано с риском РМЖ	

()()
Факторы, которые не ассоциированы с повышенным риском РМЖ: непролиферативные формы доброкачественных заболеваний молочных желез, аборт самопроизвольный и медицинский, химические вещества диоксины, хлорорганические пестициды, стерилизация методом перевязки/сечения маточных труб, кофеин, грудные имплантаты, электромагнитное поле, электрические одеяла, красители для волос. Не подтверждено также повышение риска РМЖ в связи с работой в ночные часы.
Факторы, влияние которых на риск РМЖ окончательно : бесплодие, диетические предпочтения (соя/фитоэстрогены, жир, красное и обработанное мясо), факторы окружающей среды (географический регион проживания, воздействие облучения при диагностических исследованиях, пассивное курение).
не установлено
Среди методов диагностики РМЖ, используемых для скрининга, наиболее изученными являются рентгеновская маммография, самообследование, УЗИ молочных желез.

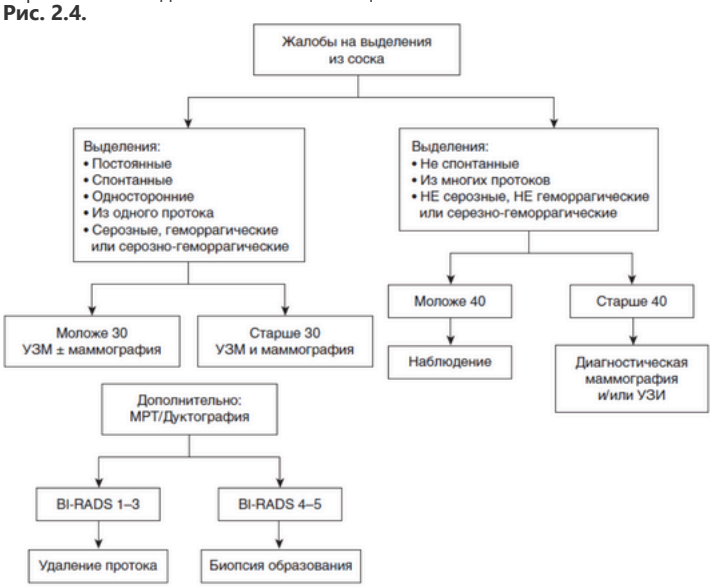
Самообследование молочных желез потенциально более доступно, чем другие скрининговые тесты, так как не требует материальных затрат и применения сложных технологий. Под ним понимают обследование молочных желез и зон регионарного метастазирования самими женщинами.
В странах с большим опытом маммологического скрининга наблюдения показали, что самообследование молочных желез необходимо проводить ежемесячно.
. Самостоятельное обследование молочной железы ранее рекомендовалось в качестве метода нахождения ранних (более излечимых) форм РМЖ. Однако большие рандомизированные контролируемые исследования показали, что в снижении риска смерти, но повышает количество биопсий и операций. ВОЗ и многие другие научные организации использовать самообследование молочных желез. Более того, грамотные женщины, правильно проводящие (см. правила в приложении 17) самообследование молочных желез и ,визит на профосмотр («у меня все хорошо»). Необходима разъяснительная работа о необходимости регламентированных ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ методов диагностики опухолей 1 мм и менее — тех, которые не приведут к печальным исходам, если будут своевременно излечены.
Комментарий *самостоятельное обследование неэффективно***не рекомендуют***не обнаружившие изменений откладывают*

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

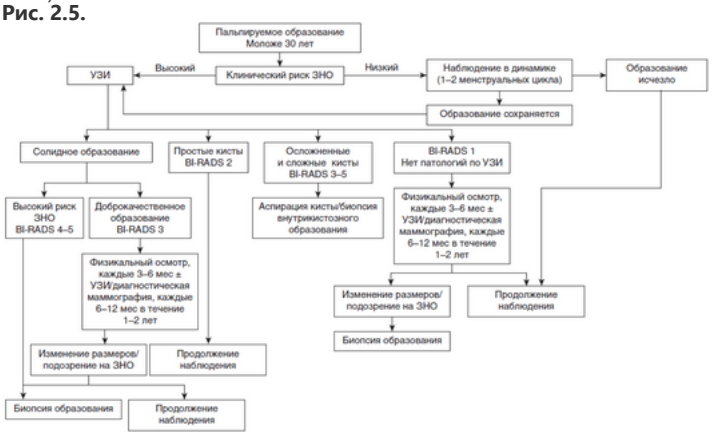
(). При анализе жалоб и анамнеза необходимо обращать внимание на наличие таких симптомов, как боль, образования и уплотнения в молочной железе, их локализация, продолжительность и динамика симптомов с течением времени, а также наличие и цвет самопроизвольных выделений, если они присутствуют, из сосков.
Исследование молочных желез врачом-гинекологом акушеркой
Далее необходимо провести тщательный визуальный осмотр груди в положении пациентки стоя или сидя, при этом руки пациентки должны располагаться на талии.
Во время осмотра следует отмечать размер и симметричность молочных желез, наличие покраснений, отека или изменения кожи по типу лимонной корки, выбуханий или смещения сосково-ареолярного комплекса. На следующем этапе проводится пальпация областей подмышечных и надключичных лимфатических узлов и наконец пальпация груди (рис. 2.4).



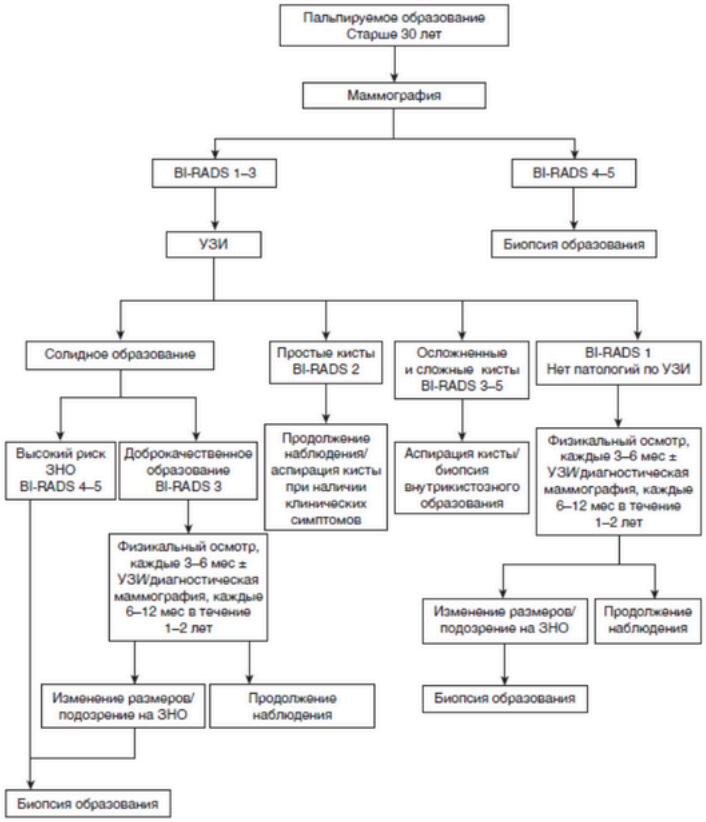
Варианты последовательной пальпации молочной железы
Рис. 2.4.



Алгоритм обследования пациенток с выделениями из соска (Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы», 2020)
Рис. 2.5.



Алгоритм обследования пациенток моложе 30 лет с пальпируемым образованием молочной железы (Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы», 2020)
Рис. 2.6.



Алгоритм обследования пациенток 30 лет и старше с пальпируемым образованием молочной железы (Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы», 2020)

Рис. 2.7.

Дифференциальная диагностика образований в молочных железах (Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы», 2020)

Таблица 2.6.

Признак Клинические особенности

ДДМЖ

Злокачественная опухоль

Консистенция	Плотная или эластичная	Твердая
Болезненность	Часто	Нет (90%)
Края	Ровные, гладкие	Неровные
Подвижность	Подвижное, смещаемое, нефиксировано	Фиксировано к коже или грудной стенке
Кожа в виде «лимонной корки»	Маловероятно	Высокая вероятность
Выделения из сосков	Двусторонние, без примеси крови, зеленого или желтого цвета	С одной стороны, с кровью
Втянутость соска	Отсутствует	Может быть

Перспективы и новые технологии в диагностике

Маммография — эффективный способ визуального обнаружения непальпируемых новообразований молочной железы на ранних стадиях и единственный метод скрининга, доказавший свою эффективность для снижения показателя смертности от РМЖ, однако имеются ограничения его чувствительности. Чувствительность скрининговой маммографии для РМЖ составляет 80–90%, но у женщин с очень плотной структурой ткани она может составлять 40–60% из-за наложения изображения плотной фиброгландулярной ткани, что существенно снижает видимость какого-либо новообразования в молочной железе. В практике появляются новые методы, которые, возможно, способны преодолеть ограничения чувствительности скрининговой маммографии.

- Цифровой томосинтез молочной железы может обеспечить лучшую визуализацию тканей молочной железы за счет предоставления трехмерного изображения без наложения теней различных тканевых структур. (Гринберг М.В., Харченко Н.В., Кунда М.А. и др. Дигитальный томосинтез — новая технология в диагностике непальпируемого рака молочной железы // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2015. № 3. С. 46–60).
- Метод инфракрасной термографии представляет собой неинвазивный, бесконтактный, быстрый, лишенный дозовой нагрузки метод визуализации, способный дистанционно определять температуру поверхности тела. Принцип действия заключается в регистрации повышенных цифр метаболической активности и сосудистого кровообращения в измененной части органа по сравнению с окружающими здоровыми тканями.
- Эластография — оценка жесткости и эластичности тканей. Анализ проводится путем сравнения изображений до и после компрессии тканей. Существует два вида эластографии: компрессионная и сдвиговой волны.
- МРТ с динамическим контрастным усилением применяется в дополнение к стандартным диагностическим исследованиям, поскольку позволяет оценить васкуляризацию новообразований молочной железы.

В диагностике РМЖ МРТ обладает самыми высокими показателями чувствительности, однако специфичность достаточно низка и колеблется в интервале 37–77%. Плотная железистая ткань молочной железы молодых женщин активно захватывает контрастное вещество, что может искажать полученную картину, приводя к ложноположительным заключениям. С другой стороны, избыток контрастирования при высокой маммографической плотности может маскировать опухоль.

Показания к выполнению МРТ молочных желез (КР «Рак молочной железы», 2021):

- возраст до 30 лет;
- наличие мутаций в генах , ;

BRCA1BRCA2

- высокая рентгенологическая плотность молочных желез;
- наличие имплантатов молочных желез при невозможности выполнения качественного маммографического исследования;
- наличие дольковорака .

in situ

Диспансерное наблюдение

В соответствии с приказом № 1130н и КР «Доброкачественная дисплазия молочной железы» (2020) врачебная тактика в отношении женщин с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез определяется принадлежностью к категории BI-RADS:

Глава II. Профилактическая деятельность женской консультации

- женщины 0-й категории направляются на консультацию врача-онколога для определения дальнейшей тактики ведения;

- пациентки 1, 2-й категорий наблюдаются врачом — акушером-гинекологом;
- пациентки 3-й категории направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза;
- пациентки 4, 5, 6-й категорий наблюдаются врачом-онкологом.

При исключении злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача — акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественных заболеваний молочных желез и лечению доброкачественных заболеваний.
Диспансерное наблюдение пациенток с доброкачественной дисплазией молочных желез в соответствии с КР
Однако приказ МЗ РФ № 168н вводит другой регламент наблюдения пациенток с доброкачественной дисплазией молочных желез и доброкачественными новообразованиями молочных желез, диспансерное наблюдение регламентировано у врача-онколога.
Следует выполнять Порядок или издать региональный регламент скрининга на выявление болезней молочных желез и диспансерного наблюдения пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез.
Для достижения поставленных целей по раннему выявлению онкологических заболеваний шейки матки и молочных желез администрации медицинских организаций и заведующим ЖК необходимо:

- обеспечить охват женщин, подлежащих обследованию, до 90%;
- соблюдать правильную периодичность обследования пациенток;
- обеспечить ЖК, смотровые кабинеты, ФАП современным одноразовым инструментарием (цитощетками типа Cervix-brush) для соблюдения правильной технологии взятия мазков;
- внедрить в работу цитологических лабораторий стандарты исследований мазков для качественного получения результатов;
- максимально использовать цифровые и информационные технологии для осуществления контроля скрининговых программ,

формирования учетной и отчетной документации в автоматическом режиме; не допускать оставшихся без ответа о факте (дошла/не дошла) и обязательной информации врача ЖК о результатах (!) скрининговых исследований. В каждой территории необходимо согласовать регламенты скрининговых исследований, единые для всей территории, особенно в ситуациях противоречий приказов и КР: с какого возраста, регулярность и врач продолжает диспансеризацию пациенток с ДДМЖ. Способствовать постоянному повышению квалификации медицинских работников (врачей — акушеров-гинекологов, акушерок, фельдшеров, врачей-цитологов, фельдшеров-лаборантов), участвующих в реализации скрининговых программ;
какой специальности

- активно информировать население о важности и необходимости обследования в рамках диспансеризации, используя все возможные

средства информации, школы здоровья, школы будущих родителей, личные беседы.
Две глобальные проблемы скрининга:

- *;*

женщины не обращаются

- ().

отсутствует обратная связь между специалистами рентгенолог — врач ЖК; цитолог — врач ЖК
Фраза **«** *Женщина сама должна...»* *неприменима в условиях эффективного скрининга.*
Технологии искусственного интеллекта в диагностике рака
Скрининговые программы имеют болевые точки, ряд из которых мы можем преодолеть.

- Цифровизация результатов скрининга.
- Единый, например радиологический, информационный сервис ().

не зависит от формы собственности медицинской организации
Искусственный интеллект — наше настоящее и будущее
Технический комитет «Искусственный интеллект» создан в 2019 г. в соответствии с Национальной стратегией развития искусственного интеллекта на период до 2030 г. (Указ Президента РФ от 10.10.2019 № 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации»). Надо быть готовыми к стандартизации всех исследуемых параметров и их централизованной обработке. Перспективу обозначил : «Национальные стандарты будут регулировать ключевые аспекты применения искусственного интеллекта в здравоохранении и его роли в принятии врачебных решений. Без нормативно-технических норм, одобренных профессиональным сообществом , практическое искусственного интеллекта в сфере здравоохранения ».
*доктор медицинских наук, профессор, магистр общественного здравоохранения и экономики Сергей Морозов***единыхна условиях консенсусавнедренииневозможно**

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Эта глава выделена в силу сложившегося в современном мире представления о микробиоме человека как основе сосуществования макро- и микроорганизмов в XXI в. и насущной необходимости взглядов на микробиоту влагалища в различные периоды жизни женщины.
общности
Микробиота — совокупность микроорганизмов человека, которые существуют с ним в норме и при патологии, участвуют в физиологических и патофизиологических реакциях, метаболизме. Ранее микробиоту было принято называть микрофлорой, однако это не совсем корректно, поскольку «флорой» обозначают совокупность представителей растительного мира, в то время как «биота» — совокупность живого мира. Осознание истинной роли микробиоты во многих процессах макроорганизма стало революцией, так как изменило представление о патогенезе ряда заболеваний.
Микрофлора влагалища здоровой женщины репродуктивного возраста представляет сложную динамически изменяющуюся микроэкосистему. Нормальное состояние биотопа влагалища обусловлено преобладанием в нем лактобацилл и достаточным уровнем эстрогенов и прогестерона, что обеспечивает созревание и слущивание многослойного плоского эпителия. Важнейшим механизмом антимикробной защиты является продукция лактобациллами молочной кислоты и перекиси водорода путем ферментации гликогена, накапливаемого в эпителиальных клетках под влиянием эстрогенов, а также способность к образованию бактериоцинов. Основная функция нормальной микрофлоры влагалища — защита репродуктивных органов женщины от инфекций, в том числе ИППП. Молочная кислота, перекись водорода и бактериоцины, продуцируемые лактобациллами, обладают антимикробными свойствами и выполняют роль барьера для патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Совокупность микробиоты влагалища составляют только те микроорганизмы, которые способны прикрепляться к клеткам эпителия. При достаточном количестве лактобацилл многие микроорганизмы, даже прошедшие кислотный фильтр, не могут конкурировать с ними за возможность адгезии к эпителиоцитам влагалища.
()
Наиболее частая причина 40–45% обращения женщин к гинекологу — выделения из половых путей, зуд, жжение, диспареуния.
Самые распространенные (более 90%) причины неприятных влагалищных выделений: ()() (Donders G.G.G., 2009). невынашивания беременности, ПР, досрочного излития околоплодных вод, рождения маловесных детей. Именно поэтому при обращении пациентки с жалобами на выделения из влагалища, зуд, жжение следует в первую очередь Если все эти причины после обследования исключены, то стоит поискать причины хронических влагалищных выделений или уточнить наличие патогенетически значимых факторов неинфекционной природы (особенности сексуального поведения, неправильная гигиена, атрофия, инородное тело, свищ, аллергия на семенную жидкость, прокладки или ткань белья). Как показывает практика, редкие причины выделений (пациентки уже сдали массу анализов): такой пациентке необходимо задать прицельные вопросы о гигиене, прокладках и прочем и тщательно осмотреть ее (свищи, инородные тела), а не назначать еще один ненужный посев или ПЦР-тест (табл. 3.1).
БВ, вульвовагинальный кандидоз ВВК, трихомониаз, смешанный вагинит и аэробный вагинит АВ Эти состояния во время беременности повышают риск исключить перечисленные заболевания. **редкие** *и псевдоинфекций — исключительно клинико-анамнестический диагноз*
Микроскопическая оценка микробиоценоза влагалища
Таблица 3.1.

	Микробиоценоз		**Микробиота влагалища**	**Признаки**
Нормоценоз	Доминирование лактобацилл, отсутствие грамотрицательной микрофлоры, бластоспор, псевдомицелия, единичные лейкоциты, эпителиальные клетки	Типичное состояние нормального биотопа влагалища		
Промежуточный тип (мезоценоз)	Умеренное или сниженное количество лактобацилл, наличие грамположительных кокков, грамотрицательных палочек. Обнаруживают лейкоциты, моноциты, макрофаги, эпителиальные клетки	Наблюдают у здоровых женщин, редко отмечают субъективные жалобы и клинические проявления		

БВ (дисбиоз влагалища)	Отсутствие или малое количество лактобацилл; массивное общее количество бактерий с абсолютным доминированием морфотипов бактероидов, мобилункуса, гарднерелл; выявление ключевых клеток среди эпителиальных клеток поверхностных слоев; отсутствие лейкоцитов или единичные лейкоциты в поле зрения; отсутствие или незавершенность фагоцитоза	Наблюдают у женщин без клинических признаков вагинита, но с жалобами на обильные вагинальные выделения
Вагинит	Большое количество лейкоцитов, макрофагов, зернистая дистрофия эпителиальных клеток, «пестрота пейзажа», выраженный фагоцитоз, наличие условно-патогенной и патогенной микрофлоры	Жалобы на бели, жжение, зуд

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Бактериальный вагиноз
БВ — инфекционный невоспалительный синдром, который характеризуется дисбиозом вагинальной микробиоты (снижение или полное исчезновение лактобацилл, особенно перекись-продуцирующих, и значительное увеличение облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов). При БВ под воздействием определенных факторов (гормональные нарушения, применение антибиотиков, ослабление иммунной системы и др.) происходит резкое снижение уровня НО-продуцирующих лактобацилл, вплоть до их полного исчезновения.
22
!КР «Бактериальный вагиноз» **(** *2022***)** *разработаны общероссийской общественной организацией «Российское общество дерматологов и косметологов», при этом в целевой аудитории данных КР обозначены врачи — акушеры-гинекологи.*
Код по МКБ-10 — N89 другие невоспалительные болезни влагалища.

•
БВ — не воспаление!
•
Заболевание не передается половым путем!
•
Нередко связано с соматическими болезнями женщины, иммуносупрессивным состоянием.
в различных популяциях женщин в разных странах колеблется от 12 до 80% и более. Частота БВ у беременных составляет 37,0–42,4%.
Распространенность БВ
БВ развивается преимущественно у женщин репродуктивного возраста: у 80–87% женщин с патологическими вагинальными выделениями и у 37–40% беременных.
Существует определенная корреляционная зависимость между возникновением БВ и сексуальным поведением (раннее начало половой жизни, число половых партнеров и др.) не только женщины, но и ее полового партнера. Передача БВ половым путем не доказана. Кроме того, попытки лечения половых партнеров не снизили число рецидивов заболевания у женщин, страдающих БВ. Нередко БВ бывает у женщин с ожирением, заболеваниями ЖКТ (хронические запоры), вследствие частого приема антибиотиков, на фоне эстрогендефицитных состояний [преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ), менопауза], системного применения лекарственных препаратов (глюкокортикоиды, цитостатики и др.).
БВ рассматривают как синдром с полимикробной этиологией. Чаще всего среди микроорганизмов, ассоциируемых с БВ, встречаются , , и другие облигатные анаэробы, в высокой концентрации могут выявляться (39,5%), (20,5%), пептострептококки, особенно и , достаточно часто обнаруживают (60–75%), значительно реже — , , и . Ассоциации возбудителей составляют до с суммарной концентрацией микроорганизмов более 10–10 колониеобразующих единиц (КОЕ)/мл, чаще 10 и выше.
*Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp.Bacteroides spp.Atopobium vaginae Prevotella melaninogenica P. biviaPeptostreptococcus magnus P. productusMycoplasmahominisPropionibacterium spp.Clostridium ramosumVeillonella parvula Fusobacterium spp***96%**[7811]
Этиологическим фактором БВ является ассоциация микроорганизмов с определенными биологическими свойствами.
Последние данные показали, что БВ связан с развитием сцепленной полимикробной биопленки, содержащей большое количество и меньшее число бактерий, ассоциированных с БВ. К особенностям такого БВ относят затяжное течение процесса, склонность к хронизации, повышенную вероятность диссеминации возбудителя, неэффективность традиционной терапии.
G. vaginalis
В результате метаболизма анаэробов образуются биогенные амины и углекислый газ, создающие бескислородные условия влагалищной среды, и происходит дальнейшее активное размножение анаэробов. Один из клинических симптомов, который позволяет заподозрить БВ, — выделения из половых путей с запахом гнилой рыбы. Пациентки отмечают, что бели с неприятным запахом беспокоят их длительное время.
БВ — основной риск — фактор таких заболеваний шейки матки, как CIN II–III, рак in situ, РШМ и др.
. БВ увеличивает риск развития многих ИППП, таких как ВИЧ, , , , ВПГ-2, ВПЧ. Несмотря на то что результаты исследований подтверждают, что БВ значительно увеличивает риск заражения ИППП, также выявлено, что и БВ, в свою очередь, может быть следствием ИППП.
БВ и осложнения*Neisseria gonorrhoeaeChlamydia trachomatisTrichomonasvaginalis*
БВ ассоциирован с такими заболеваниями в гинекологической практике, как цервицит, неопластические процессы шейки матки, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), бесплодие, инфекционные осложнения после операций и малоинвазивных вмешательств, неудачные попытки ЭКО; с акушерскими осложнениями (невынашивание беременности, хориоамнионит, ПЭ, плацентарная недостаточность, послеродовый эндометрит, субинволюция матки), неблагоприятными неонатальными исходами (респираторный дистресс-синдром, неонатальная инфекция, внутрижелудочковые кровоизлияния и др.).
. БВ ассоциирован с многочисленными факторами риска, такими как раса, возраст, особенности менструального цикла, сексуальная активность, применение контрацептивов, использование антибиотиков, влагалищных спринцеваний. Однако данные о связи факторов риска с рецидивированием БВ отсутствуют.
Предрасполагающиефакторы

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Результаты многочисленных исследований показывают, что комбинированные оральные контрацептивы (КОК), прогестины, презервативы снижают риски развития БВ. В случае использования КОК это объясняется повышением уровня эстрогенов, которые вызывают пролиферацию эпителия влагалища, в результате чего происходит накопление гликогена, необходимого для роста лактобактерий и образования молочной кислоты, поддерживающей pH влагалища в пределах нормы. Более того, было выявлено, что указанные процессы наиболее выражены при назначении пациенткам комбинации диеногеста + эстрадиола валерата, так как диеногест не обладает антиэстрогенным эффектом и не препятствует действию эстрадиола, входящего в состав КОК, по сравнению с другими группами КОК.
Имеются исследования, свидетельствующие о снижении риска рецидивирующего БВ у лиц, использующих презервативы. Взаимосвязь между развитием БВ и применением внутриматочных спиралей (ВМС) до сих пор неизвестна. Данные ряда исследований показывают, что ВМС увеличивает риск развития БВ, в других говорится о снижении риска развития БВ среди женщин, использующих ВМС. Но вместе с тем возникновение маточного кровотечения в течение первых 6 мес использования ВМС повышает риск развития БВ в 2 раза. Надо учитывать и то, что упомянутые исследования не делали различий между видами используемых ВМС (гормональные или медьсодержащие).
Результаты многочисленных исследований отмечают положительную корреляцию между спринцеваниями и развитием БВ, а также рецидивированием процесса.
Известно, что частота БВ зависит от расы и этнической принадлежности. Данные современной литературы предполагают, что особенности изменения гормонального фона в зависимости от фазы менструального цикла влияют на развитие БВ. C. Holzman и соавт. пришли к выводу, что БВ чаще всего наблюдается в течение 1-й недели менструального цикла. Количество беременностей увеличивает риск развития БВ, что связано, вероятно, с нарушением архитектоники шейки матки.
Использование антибиотиков широкого спектра действия также является предиктором развития БВ. Это продемонстрировано в исследовании J. Baeten и соавт., которые объяснили, что развитие БВ после применения антибиотиков происходит за счет снижения количества
Lactobacilli spp.
Следует учитывать экзогенные и эндогенные факторы риска развития БВ (КР «Бактериальный вагиноз», 2022).

- К эндогенным факторам риска развития БВ относятся гормональные изменения (возрастные в пубертатном периоде и менопаузе; при нарушениях беременности; в послеродовом и послеабортном периодах), гипотрофия и атрофия слизистой оболочки влагалища, наличие кист

и полипов стенок влагалища, гименальной области, нарушения рецепторной функции вагинального эпителия, антагонизм между вагинальными микроорганизмами, снижение концентрации перекиси водорода в вагинальной среде за счет уменьшения концентрации лактобацилл и др.

- К экзогенным факторам риска развития БВ относятся инфицирование возбудителями ИППП, колонизация половых путей генитальными микоплазмами, лекарственная терапия (антибактериальными препаратами системного действия, цитостатическими противоопухолевыми препаратами, глюкокортикоидами, протимикробными препаратами системного действия), лучевая терапия; присутствие инородных тел во влагалище и матке; пороки развития половых органов или их деформации после родов и хирургических вмешательств; нарушение гигиены половых органов, в том числе частое применение спринцеваний и вагинальных душей; использование интравагинальных контрацептивов, в том числе спермицидов.

Выделяют : бессимптомное (наблюдают у 50% пациенток) и с клиническими симптомами.
двавариантa*клиническогоотечения***БВ**
Субъективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным рыбным запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, гигиенических процедур с использованием мыла, после менструации;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- редко зуд, жжение в области половых органов;
- редко зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

При осмотре стенок влагалища и шейки матки обнаруживают обильные гомогенные жидкие неприятно пахнущие выделения белого или светло-серого оттенка, нередко с пузырьками газа, сплошным слоем покрывающие стенки влагалища. Визуальные признаки воспаления отсутствуют. Для БВ характерны изменения pH влагалищной среды (более чем 5,0, нередко 6,0–7,0).
():
Диагностика БВ основана на следующих критериях критерии Амселя

- ;

наличие жидких сероватых белей с характерным неприятным запахом

- ;

повышение pH до значений более 4,5–4,7

- ();

положительный аминный тест появление или усиление рыбного запаха при смешивании на предметном стекле капли влагалищного содержимого с каплей 10% гидроокиси калия

-

обнаружение ключевых клеток при микроскопическом исследовании вагинальных выделений.
Аминный тест из-за очень неприятного запаха на практике проводят крайне редко, но высокая информативность и низкая стоимость дают основание считать его незаменимым.
Роспотребнадзор не разрешает хранить в кабинете врача никакие жидкости, в том числе и 10% КОН. Проводить этот тест возможно только в специально выделенном и оборудованном помещении.
Для правомочности диагноза (КР «Бактериальный вагиноз», 2022) . Аминотест положителен у 83,1% пациенток с БВ. представляют собой эпителиоциты с адгезированными на них грамвариабельными микроорганизмами. Их обнаруживают у 94,2% пациенток с БВ (у здоровых женщин их нет). , повышенным слущиванием эпителия и усиленной адгезией грамвариабельных микроорганизмов на эти клетки (Кира Е.Ф., 2013).
достаточно наличия трех из перечисленных критериевКлючевые клетки *Появление ключевых клеток связано с дистрофическими изменениями на слизистой влагалища*
Молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации (ПЦР в реальном времени, наборы реагентов «Фемофлор» и «Флороценоз»), применяют для идентификации , , , и оценки микробиоценоза влагалища. При этом важно определение количества лактобацилл в вагинальном биотопе.
G. vaginalisA. vaginaeM. HominisUreaplasma spp.
Культуральные методы исследования при БВ нецелесообразны.
. В соответствии с КР «Бактериальный вагиноз» (2022) культуральное исследование может применяться для определения видового и количественного состава микробиоты влагалища [микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы]. Для оценки результатов микроскопического и культурального исследования используется комплексная система выявления нарушения микробиоты влагалища «Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических инфекций» (см. приложение 24).
Комментарий

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Рекомендована консультация врача-эндокринолога в случае частого рецидивирования БВ с целью исключения сопутствующих заболеваний (состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной вагинальной микробиоты (КР «Бактериальный вагиноз», 2022). направлена не только на ликвидацию влагалищных симптомов, но и на выявление и устранение факторов риска БВ — обучение гигиене, в том числе в менструальные дни (нередко причина частого рецидивирования БВ — использование менструальных тампонов на всю ночь), восстановление моторики ЖКТ, устранение эстрогенного дефицита, лечение экстрагенитальных заболеваний, рациональное питание, устранение дефицита витамина D, смена метода контрацепции и др.
Терапия БВ
Рекомендовано для лечения БВ у взрослых для интравагинального применения (КР «Бактериальный вагиноз», 2022):

- клиндамицин, крем 2% по 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней

или

- метронидазол, гель вагинальный по 5,0 г интравагинально 2 раза в сутки в течение 5 дней

или

- клиндамицин, суппозитории вагинальные по 100 мг интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней.

Рекомендовано для лечения БВ у взрослых назначать препараты группы нитроимидазола производные и клиндамицин внутрь (КР «Бактериальный вагиноз», 2022):

- метронидазол по 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней

или

- тинидазол по 2,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней

или

- клиндамицин по 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней

или

- тинидазол по 1,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Бактериальный вагиноз и беременность
Факторы риска БВ у беременных:

- ;

осложненное течение периода гестации, послеродовой период

- ;

смена полового партнера

- ();

нарушения анатомии влагалищакисты, полипы, несомкнутая половая щель

- ;

дисбактериоз кишечника, запоры

- ;

острые и хронические инфекции

- ;

антибиотикотерапия, лечение антимикотиками, глюкокортикоидами

- ;

аллергические заболевания и вторичный иммунодефицит

- ;

стресс

- ;

неполноценное питание

- ;

постоянное воздействие малых доз радиации

- ;

частые влагалищные души и спринцевания

-

загрязненность окружающей среды.

Лечение БВ у беременных надо начинать как можно раньше, по крайней мере до наступления 20 нед беременности.
Для беременных рекомендованы (КР «Бактериальный вагиноз», 2022):

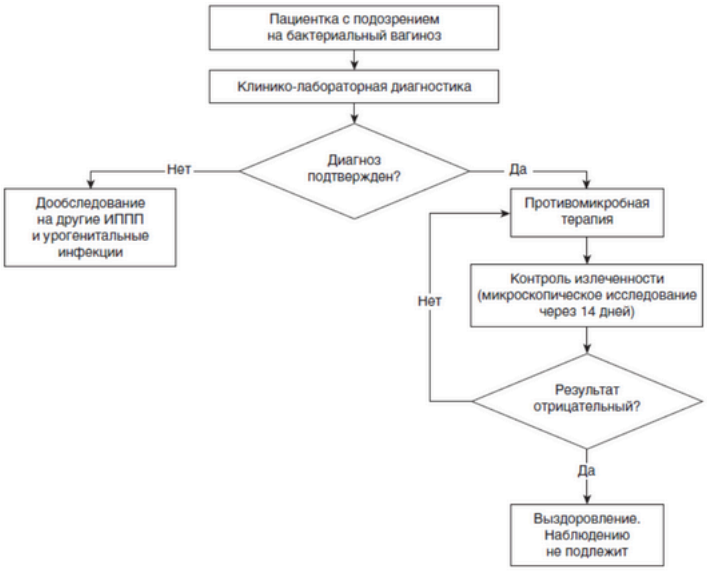
- метронидазол по 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней, назначается с II триместра беременности;
- метронидазол по 250 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней, назначается с II триместра беременности;
- клиндамицин по 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Учитывая тот факт, что в КР «Бактериальный вагиноз» (2022) вошли не все препараты, зарегистрированные для терапии БВ, в том числе и для лечения у беременных в I триместре, представлены дополнительно схемы терапии («Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин». Экспертный совет Российского общества акушеров-гинекологов, 2019). Необходимо строго соблюдать протокол лечения, однако согласно постановлению Правительства РФ от 30.06.2020 № 965 внесены изменения в постановление от 28.11.2013 № 1086, совершенствующее процедуру включения лекарств в перечень препаратов, которые могут закупать медучреждения (табл. 3.2).
«»
Установить, что если при оказании пациенту медицинской помощи в медицинской организации в стационарных условиях по решению врачебной комиссии осуществляются назначение и применение лекарственного препарата с конкретным торговым наименованием, то при оказании данному пациенту медицинской помощи в иной медицинской организации в стационарных условиях, а также в амбулаторных условиях осуществляется назначение ему лекарственного препарата с тем же торговым наименованием. Метронидазол и клиндамицин рекомендованы для применения только с II триместра беременности.
Рекомендуемые схемы лечения бактериального вагиноза у беременных
Таблица 3.2.

	Этап лечения	**Рекомендуемые схемы (адаптировано из КР «Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин», Российское общество акушеров-гинекологов, 2019)**
I триместр		
Первый	: 16 мг по 1 суппозиторию 2 раза в сутки 10 дней, 100 мг по 1 суппозиторию 1 раз в сутки в течение 10 дней; , по 1 суппозиторию 2 раза в сутки 7–10 дней	*Интравагинальнохлоргексидин**и/или**молочная кислота per vaginum или деквалиния хлорид1 вагинальная таблетка в сутки в течение 6 дней или бензидамин вагинальные орошения 1–2 раза в сутки 7–10 дней, или хлоргексидин 16 мг + декспантенол 100 мг*
Второй	() по 1 вагинальной капсуле 2 раза в сутки 7 дней или по 1 вагинальной капсуле 1 раз в сутки 14 дней	*Интравагинально: лактобациллыLactobacillus casei rhamnosus Doderleini Lcr-35*
II–III триместр		
Первый	по 500 мг 2 раза в сутки 7 дней, 0,75% гель 1 полный аппликатор (5 г) однократно в течение 5 дней, 2% вагинальный крем 1 полный аппликатор (5 г) однократно на ночь 7 дней	*Метронидазолper os**или**интравагинально метронидазол per vaginat**или**клиндамицин*
Второй	() по 1 вагинальной капсуле 2 раза в сутки 7 дней или по 1 вагинальной капсуле 1 раз в сутки 14 дней	*Интравагинально: лактобациллы Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini Lcr-35*

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

стоит перед учеными и врачами, поскольку положительный результат лечения рекомендуемыми средствами (метронидазол, клиндамицин) составляет 80–90%, но процент рецидивирования БВ остается высоким и может достигать 60% через 1 год после лечения. Процент рецидивирования составляет 15–30% сразу после лечения.
Проблема рецидивирования процесса
. Ряд ученых считают критерием наличие хотя бы трех случаев повторяющегося БВ в течение 2 лет; другие — три случая и более БВ за 1 год.
Рецидивирующий БВ не имеет общепринятого определения и критериев постановки диагноза
Есть мнение о том, что у пациенток с рецидивирующим БВ чаще обнаруживается при рецидивирующем течении БВ. Следует помнить об устойчивости к метронидазолу.
A. vaginaeA. vaginae
Определенная роль в рецидивировании БВ отводится формированию биопленок. Бактерии в биопленках сохраняют жизнеспособность при концентрациях перекиси водорода и молочной кислоты, в 4–8 раз превышающих необходимые для подавления отдельных бактерий. При повторном применении одних и тех же препаратов наблюдаются механизмы кворумной сигнализации и обмена генетической информацией в пределах биопленки, в результате чего формируется резистентность бактерий к ним.



Алгоритм ведения пациентки из Клинических рекомендаций «Бактериальный вагиноз», 2022
Рис. 3.1.
. После эрадикации возбудителей показано восстановление микробиоценоза влагалища для создания условий доминирования лактобацилл. Это достигается назначением препаратов, восстанавливающих естественную среду влагалища и адекватную концентрацию лактобацилл [лактобактерии (Лактожиналь), пероральные лактобактерии (Дуожиналь) и др.].
С целью профилактики рецидивов БВ показана двухэтапная терапия♠♠
. По окончании лечения контроль излеченности следует провести через 14–30 дней. В отсутствие рецидивов наблюдение не рекомендовано.
Контроль излеченности и наблюдение

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Вульвовагинальный кандидоз
Код по МКБ-10:

- B37 Кандидоз;
- B37.3 Кандидоз наружных половых органов и влагалища;
- B37.4 Кандидоз других урогенитальных локализаций.

Одно из наиболее частых рецидивирующих заболеваний влагалища. Лечению поддается плохо из-за высокой изменчивости дрожжеподобных грибов рода и устойчивости к большинству лекарственных средств уже спустя 5–7 лет их использования. При лечении кандидозных вульвовагинитов важно постараться максимально обезопасить микробиоту влагалища от агрессивного лекарственного воздействия.
Candida
ВВК у 90% пациенток возникает в результате чрезмерного размножения , у 10% наиболее часто выявляется . У 75% женщин в течение жизни регистрируется по крайней мере один эпизод ВВК, у 6–9% пациенток с патологическими выделениями из половых путей выявляется (не менее).
Candida albicansC. glabrata хронический рецидивирующий ВВК четырех эпизодов в год
ВВК нередко является осложнением СД, ряда заболеваний с иммуносупрессией, возникает вследствие приема лекарственных препаратов. Заболевание не передается половым путем.
Провоцирующие факторы включают антибактериальную терапию, беременность и эндогенную или экзогенную иммуносупрессию (СД или применение иммуносупрессивных препаратов). Высокая заболеваемость ВВК отмечается во время беременности и в целом у молодых женщин. Самые низкие показатели заболеваемости регистрируются у детей и женщин в постменопаузе, не использующих МГТ. У некоторых пациенток симптомы ВВК могут возникать даже при небольшом количестве дрожжеподобных грибов рода , что может быть связано с аллергической реакцией.
Candida
Симптомы ВВК непатогномоничны: зуд, жжение, болезненность в области вульвы и влагалища, выделения творожистого характера, диспареуния, дизурия. При осмотре: отечность, гиперемия слизистой оболочки, беловатые «творожистые» налеты на стенках влагалища. При тяжелом течении ВВК обнаруживаются трещины кожных покровов и слизистых, сухость, атрофия, лихенизация в области поражения и др.
В зависимости от состояния вагинального микроценоза выделяют три формы кандидозной инфекции влагалища.

- ( )

Бессимптомное кандидоносительство, при котором отсутствуют клинические проявления заболевания, дрожжеподобные грибы выявляются в небольшом количестве менее 10^4 КОЕ/г, а в составе микробных ассоциантов вагинального микробиоценоза доминируют лактобациллы.

- ( )( )

Истинный кандидоз, при котором грибы выступают в роли моновозбудителя, вызывая клинически выраженную картину вагинального кандидоза. При этом в составе вагинального микробиоценоза в большом количестве присутствуют дрожжеподобные грибы рода Candida более 10^4 КОЕ/г наряду с высоким содержанием лактобацилл более 10^6 КОЕ/г, при отсутствии значительных количеств каких-либо других условно-патогенных микроорганизмов.

- ()( )

Сочетание кандидозного вагинита и БВ, при котором дрожжеподобные грибы участвуют в полимикробных ассоциациях как возбудители заболевания. В этих случаях дрожжеподобные грибы чаще в большом количестве обнаруживают на фоне массивного количества более 10^9 КОЕ/мл облигатно-анаэробных бактерий и гарднерелл при резком снижении концентрации или отсутствии лактобацилл.
ВВК (КР «Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин», 2019).
Классификация

- ВВК определяется как:

Неосложненный

- спорадический или нечастый (редкий) ВВК;
- легкий или средней тяжести ВВК;
- вызванный в основном ;

Candida albicans
- у женщин с неослабленным иммунитетом.
- ВВК определяется как:

Осложненный

- рецидивирующий ВВК;
- тяжело протекающий ВВК;
- вызванный видами грибов ;

non-albicans
- у женщин с СД, ослабленным иммунитетом (например, ВИЧ-инфекция);
- у женщин, получающих иммуносупрессивную терапию (например, глюкокортикоидами).

При неосложненном (остром) ВВК диагноз может быть подтвержден при микроскопическом исследовании отделяемого влагалища. Культуральный метод показан при рецидивирующем течении ВВК для видовой идентификации возбудителя (или) с целью выбора препарата для лечения.
C. albicansnon-albicans
Выявление при бактериологическом исследовании при отсутствии симптомов заболевания не является показанием для лечения, поскольку у 20–25% не беременных женщин и до 50% беременных имеет место носительство
Candida spp.Candida spp.
Молекулярно-биологические методы, направленные на количественное обнаружение специфических фрагментов ДНК и их идентификацию до вида, являются современными и высокоточными, позволяющими провести дифференциальную диагностику с бактериальными, вирусными, протозойными инфекциями, дерматозами, аллергическими реакциями и др. Однако нужно учитывать возможность сочетания ВВК с этими заболеваниями.
Candida spp.
.
Лечение (препараты зарегистрированы в ГРЛС, 2020)
Неосложненный (острый) ВВК. Рекомендуемые схемы (Центр по контролю и профилактике заболеваний США, 2015):

- клотримазол, 1% крем, по 5 г интравагинально ежедневно 7–14 дней;
- клотримазол, 2% крем, по 5 г интравагинально ежедневно 3 дня;
- миконазол, 2% крем, по 5 г интравагинально ежедневно 7 дней;
- миконазол, 4% крем, по 5 г интравагинально ежедневно 3 дня;
- миконазол, 100 мг вагинальные суппозитории, по 1 суппозиторию в сутки 7 дней;
- миконазол, 200 мг вагинальные суппозитории, по 1 суппозиторию в сутки 3 дня;
- миконазол, 1200 мг вагинальные суппозитории, по 1 суппозиторию в сутки однократно;
- тиоконазол, 6,5% мазь, 5 г интравагинально однократно;
- бутоконазол, 2% крем (однократная доза биоадгезивного лекарства), 5 г интравагинально однократно;
- терконазол, 0,4% крем, по 5 г интравагинально ежедневно 7 дней;

℘
- терконазол, 0,8% крем, по 5 г интравагинально ежедневно 3 дня;

℘
- терконазол, 80 мг вагинальные суппозитории, по 1 суппозиторию ежедневно 3 дня;

℘
- флуконазол 150 мг перорально однократно;
- интерферон альфа-2b + метронидазол + флуконазол, не менее 50 000 МЕ + 250 мг + 150 мг, суппозитории вагинальные, по 1 суппозиторию 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней.

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Лечение тяжелого (осложненного) ВВК.
В случае тяжелого вульвовагинита (выраженная эритема вульвы, отек, изъязвления, образование трещин слизистой вульвы и влагалища) следует увеличить длительность терапии, что позволяет улучшить клинический ответ, но не влияет на частоту рецидивов заболевания.

- Флуконазол по 150 мг внутрь, 2 дозы с промежутком 72 ч.
- Местные азоловые антимикотики 10–14 дней.

(возбудители чувствительны к азолам):
Лечение рецидивирующего ВВК

- флуконазол по 150 мг внутрь 3 дозы с интервалом 72 ч (1, 4 и 7-й дни);
- топические азоловые антимикотики 5–14 дней.

Профилактика рецидивов (поддерживающая терапия) в течение 6 мес:

- флуконазол по 150 мг внутрь 1 раз в неделю 6 мес (первая линия терапии);
- топические азоловые антимикотики в течение 6 мес ежедневно, 2 раза в неделю или еженедельно в зависимости от дозы действующего вещества в препарате ().

альтернативная терапия
В случае рецидивирующего ВВК (четыре эпизода ВВК в год и более), вызванного чувствительными к азоловым антимикотикам , рекомендована двухэтапная схема лечения: вначале следует купировать симптомы обострения и достичь эрадикации, затем продолжить курс терапии, предотвращающий рост , с целью профилактики рецидивов в течение 6 мес.
Candida spp.C. albicans
():
Лечение non-albicans ВВКкупирование рецидива в случае C. nonalbicans

- натамицин, 100 мг вагинальные суппозитории, по 1 суппозиторию 1 раз в сутки 6 дней и более;
- нистатин, 100 000 ЕД вагинальные суппозитории, по 1 суппозиторию 1 раз в сутки 21 день;
- борная кислота: натрия тетраборат в глицероле (Глицерине), ежедневные обработки вульвы и влагалища 5–7 дней (см. инструкцию).

♠
(): полиеновые антимикотики интравагинально 1 раз в сутки 3–6 мес.
Профилактика рецидивов поддерживающая терапия в течение 6 мес
показано назначение вагинальных пробиотиков, содержащих , и/или пероральных пробиотических препаратов с целью снижения частоты рецидивов ВВК.
Вторым этапом после антимикотической терапии*Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini Lcr-35*
. При купировании симптомов ВВК микроскопическое или бактериологическое исследование не требуется. Инфекцию считают излеченной, если у пациентки нет клинических проявлений. Пациенткам с рецидивирующим ВВК рекомендован гинекологический осмотр через 1 мес после окончания лечения.
Контроль излеченности и наблюдение

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Вульвовагинальный кандидоз во время беременности
Во время беременности особую важность приобретает необходимость исключить отрицательное влияние лекарственных средств, применяемых для лечения ВВК, на плод. Препараты, применяемые у беременных, должны отвечать следующим требованиям: низкая токсичность для плода и матери, эффективность, переносимость, минимальная частота выработки резистентности у возбудителей и т.д.
В последние годы значительно расширился арсенал антимикотических средств, появились препараты с улучшенными фармакокинетическими свойствами, меньшей токсичностью и высокой антигрибковой активностью. У беременных интравагинальное применение антимикотиков следует признать предпочтительным из-за резкого снижения системной абсорбции препаратов, что сводит к минимуму потенциальную возможность побочных эффектов. Кроме того, быстрее наступает редукция клинической симптоматики и выздоровление. Следует отметить, что разработка новых препаратов-антимикотиков идет по пути снижения длительности их применения (более короткие курсы лечения).
Существует множество препаратов и схем лечения кандидозного вульвовагинита во время беременности. Однако нет оптимального препарата, который бы отвечал всем требованиям и имел стопроцентную эффективность.
Группы препаратов для лечения кандидозного вульвовагинита:

- ;

антимикотики

- ;

имидазолы

- ;

триазолы

- ;

комбинированные препараты

-

другие препараты.

Разрешенные препараты можно использовать в акушерской практике в II–III триместре беременности. Недостаточная эффективность терапии отмечается в случаях, когда женщина страдает БВ или длительным рецидивирующим ВВК при неоднократных курсах лечения различными препаратами, что, по-видимому, может обусловить видовую селекцию штаммов , устойчивых к традиционно применяемым лекарственным средствам.

Candida

До 12 нед беременности и в период грудного вскармливания можно использовать натамицин по 1 суппозиторию 6 дней; сертаконазол 1 свечу однократно; бутоконазол + клиндамицин — разрешен к применению во время беременности в соответствии с инструкцией только в том случае, если потенциальная польза для матери превышает риск для плода или ребенка.

«»«»

*Каждый раз при назначении конкретного препарата беременной проверьте регистрацию и разрешение ГРЛС и инструкцию в части Противопоказания и Применение при беременности*Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 688 с..

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Аэробный вагинит

В настоящее время вагиниты имеют следующие особенности течения: снижение частоты первично острых заболеваний, стертое начало и течение, за которыми следует выраженное обострение, восходящее распространение и генерализация процесса, полиэтиологичность (микст-инфекция).

АВ — недавно предложенный термин, который описывает воспалительное заболевание слизистой оболочки влагалища, возникающее при активации флоры и проявляющееся выраженной воспалительной реакцией стенок влагалища, значительным увеличением числа лейкоцитов и эпителиальных клеток (вплоть до парабазального слоя) в отделяемом влагалища.

аэробной условно-патогенной

()()

Термин АВ впервые предложен G. Donders 2002 для обозначения воспаления, отличного от специфического вагинита или БВ. Это заключение было сделано на основании клинических, бактериологических, иммунологических исследований. Отличительная особенность АВ — массивное слущивание эпителия вследствие воспалительной реакции десквамативный вагинит. Считается, что десквамативный воспалительный вагинит — тяжелое проявление АВ.

Распространенность АВ не установлена. По данным разных исследователей, частота АВ колеблется в пределах 5–48%, в том числе у беременных — 13%. Самая высокая частота АВ (32,3%) отмечена среди женщин возрастной группы 21 года – 30 лет.

Код по Международной классификации болезней10-го пересмотра

МКБ 10-го пересмотра не выделяет АВ в самостоятельное заболевание, поэтому статистически его относят:

- N73 Другие воспалительные болезни женских тазовых органов;
- N76 Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы;
- N76.0 Острый вагинит;
- N76.1 Подострый и хронический вагинит;
- N77 Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках.

:

Факторы риска, ассоциированные с развитием АВ

- характер половой жизни (частая смена половых партнеров, их большое количество);
- перенесенные генитальные инфекции;
- частые влагалищные души, спринцевания;
- частое применение вагинальных тампонов;
- ятрогенные факторы: антибиотикотерапия, использование внутриматочных средств для контрацепции, вагинальных колец и пессариев, применение спермицидов.

Клиническая картина аэробного вагинита

(субъективные симптомы): обильные гнойные выделения с гнилостным запахом и признаками атрофии влагалищного эпителия; дискомфорт в области интроитуса и влагалища; иногда диспареуния, жжение, зуд, раздражение вульвы, эрозии шейки матки.

Жалобы

: проявляется обильными гноевидными жидкими белями желтого или светло-серого оттенка, сплошным слоем покрывающими стенки влагалища. Выделения имеют неприятный гнилостный запах. Ярко выражены признаки воспаления слизистой оболочки влагалища — гиперемия и отек.

Объективные признаки

Диагностика аэробного вагинита

Верификация диагноза АВ базируется на сопоставлении . «Золотым стандартом» диагностики АВ является микроскопия, позволяющая оценить бактериальную микрофлору, количество эпителиальных клеток (в том числе разрушенных), степень воспаления. Окислительно-восстановительный потенциал влагалищной жидкости сдвигается в щелочную сторону, pH может быть 6,0–7,5. Аминовый тест отрицательный. Неприятный гнилостный запах.

клинических симптомов и лабораторных признаков

Диагноз АВ основан на микроскопических исследованиях вагинальных выделений при использовании светового микроскопа с увеличением от ×1000. К важным критериям диагноза относится соотношение >10 лейкоцитов к 1 эпителиальной клетке в поле зрения. Для АВ характерны в вагинальных выделениях лейкоциты и парабазальные эпителиальные клетки.

Предложена классификация вагинальных выделений при АВ по G. Donders (2002). Распространения она не получила, но элементы используются как весьма информативные.

. Вариант I вагинального мазка: преимущественно морфотипы лактобацилл с немногими коккоподобными бактериями. Вариант IIa: преимущественно морфотипы лактобацилл в сочетании с другими бактериями; вариант IIb: сниженное количество лактобациллярной микрофлоры в сочетании с другими бактериями. Вариант III: многочисленные морфотипы различных бактерий без лактобацилл. Такая микроскопическая картина связана с четырьмя переменными:

Главное — соотношение лейкоцитов и эпителиальных клеток при увеличении светового микроскопа ×1000: в норме 1:1; больше (1,2 или 2:1) — воспалительный процесс

а) пропорциональное количество лейкоцитов (≤10 в поле зрения, >10 в поле зрения и ≤10 эпителиальных клеток, >10 в поле зрения и >10 эпителиальных клеток);

б) присутствие токсических лейкоцитов (ни одного или спорадические, ≤50% лейкоцитов, >50% лейкоцитов);

в) второстепенные типы бактерий (незначимые, мелкие колиформные палочки, кокки или их цепочки);

г) наличие парабазальных эпителиальных клеток (0 или <1%, ≤10%, >10%).

Суммарный показатель при этом оценивают по пяти параметрам по 10-балльной шкале от 0–2 (нет АВ) до 7–10 (тяжелые формы АВ). Количество баллов 1–3 соответствует нормальной микробиоте (отсутствуют признаки АВ) влагалища; 3–4 балла соответствуют легким признакам АВ, 5–6 баллов — умеренный АВ, от 6 до 10 балов — тяжелый АВ.

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Культуральная диагностика применяется крайне редко, но может помочь в выборе терапии, поскольку позволяет установить чувствительность к антибиотикам.

У большинства женщин с АВ выделяют или определяют методом ПЦР в реальном времени аэробные или факультативно-аэробные бактерии (, ,).

Streptococcus agalactiaeStaphylococcus aureusE. coli

Наличие АВ сопряжено с многочисленными осложнениями: ВЗОМТ [особенно после гистерэктомии, гинекологических операций, введения внутриматочной контрацепции (ВМК)], увеличением риска ВИЧ и других ИППП, бесплодием, невынашиванием беременности.
АВ предполагает применение препаратов, действующих как на аэробную, так и на анаэробную микрофлору. Предпочтительно интравагинальное введение лекарственных средств.
Лечение
В соответствии с рекомендациями IUSTI (2018) в настоящее время наилучший эффект при лечении неосложненного АВ имеет .
клиндамицин в виде вагинального крема
Рекомендуемые режимы (препараты зарегистрированы ГРЛС, 2020).
лечения АВ
: клиндамицин, 2% крем, по 5 г интравагинально 7–21 день.
Легкая и средняя степень тяжести АВ
Привозможно применение пролонгированной формы бутоконазол + клиндамицин. Препарат при помощи аппликатора вводится ежедневно интравагинально в течение 3 дней. При этом терапевтическое действие осуществляется в течение 6–7 дней.
сочетании АВ и ВВК
: комбинированное применение интравагинального крема клиндамицина 2% и стероидов. Вначале во влагалище вводится гидрокортизон по 300–500 мг, затем клиндамицин, 2% крем, интравагинально в течение 7–21 дня.
Тяжелая степень АВ
При обнаружении в вагинальном отделяемом при микроскопическом исследовании более 10% парабазальных клеток, то есть выраженного компонента атрофии, рекомендуется после эрадикации возбудителей локально назначить эстрогены: эстриол в дозе 0,5 мг (крем вагинальный или суппозитории вагинальные).
Клиндамицин активен в отношении стафилококков и стрептококков, а также анаэробов (препарат имеет). Другие противомикробные препараты, которые используются с успехом при лечении АВ, — неомицин + нистатин + полимиксин В и неомицин + нистатин + преднизолон + тернидазол, канамицин или моксифлоксацин.
преимущества при сочетании АВ и БВ
Во время беременности лечение показано всем женщинам с симптомами АВ, что обусловлено высоким акушерским и перинатальным риском, ассоциированным с этим заболеванием (преждевременное излитие околоплодных вод, хорионамнионит, ПР, послеродовой эндометрит, малая масса тела ребенка при рождении, неонатальный сепсис, вызванный).
S. agalactiae
В I триместре терапия сходна с таковой при БВ (см. выше).
В II и III триместрах могут быть назначены комплексные препараты: неомицин + нистатин + полимиксин В, неомицин + нистатин + преднизолон + тернидазол, метронидазол + миконазол, тинидазол + тиоконазол, декспантенол + хлоргексидин, орнидазол + неомицин + преднизолон + эконазол и др.
Контроль излеченности и наблюдение
При устранении симптомов контроль излеченности следует провести через 14–30 дней после окончания лечения. В отсутствие рецидивов наблюдение не рекомендовано. После антибактериальной терапии требуется второй этап: ()по 1 вагинальной капсуле 2 раза в день 7 дней или по 1 вагинальной капсуле 1 раз в день 14 дней. При наличии хронических заболеваний ЖКТ преимущества имеют пероральный прием пробиотиков (заселение лактобациллами кишечника) и ликвидация запоров.
лактобациллы Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini Lcr-35 per vaginum

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Трихомониаз
Трихомониаз — инфекционное заболевание мочеполовых органов, вызываемое и передаваемое половым путем. Истинную заболеваемость трудно рассчитать, так как у части пациенток имеются субклинические формы, а рутинные диагностические тесты имеют низкую чувствительность.
Trichomonasvaginalis
В Российской Федерации за последние годы отмечается снижение показателей заболеваемости урогенитальным трихомониазом, однако они остаются достаточно высокими, что во многом обусловлено гипердиагностикой заболевания. В 2018 г. уровень заболеваемости составил 42,8 на 100 000 населения: у лиц в возрасте 0–14 лет — 0,46 случая на 100 000 соответствующего населения, у лиц 15–17 лет — 25,5 случая на 100 000 соответствующего населения, у лиц в возрасте 18 лет и старше — 52,7 случая на 100 000 соответствующего населения (КР «Урогенитальный трихомониаз», 2021; подготовлено совместно Общероссийской общественной организацией «Российское общество дерматовенерологов и косметологов», Российским обществом акушеров-гинекологов).
Трихомониаз с наличием симптомов чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Рост заболеваемости отмечается с ростом числа половых партнеров. Инфицируются 2–17% детей от инфицированных матерей. — подвижный одноклеточный микроорганизм размерами 8–40 мкм в длину и 2–14 мкм в ширину. Простейшее имеет пять жгутиков, четыре из которых расположены в его передней части, а один внутри ундулирующей мембраны, обеспечивающей активное движение трихомонады. Трихомонады быстро теряют жизнеспособность вне человеческого организма.
T.vaginalis
Неустойчивость урогенитальных трихомонад в окружающей среде связана с невозможностью образовывать цисты, что резко ограничивает возможность заражения при непрямом контакте, поэтому вода как фактор передачи инфекции исключается. Трихомонады быстро погибают при воздействии высокой температуры (более 40 °С), прямых солнечных лучей, антисептических средств.
Трихомонады обладают тропизмом к плоскому эпителию. Попадая на эпителий слизистой оболочки, совершают активные движения и, благодаря способности выделять клеточный разъединяющий фактор, проникают через межклеточные пространства в субэпителиальную соединительную ткань, лимфатические щели и сосуды.
T. vaginalis
У женщин трихомонады, как правило, инфицируют слизистую оболочку влагалища и экзоцервикса, реже цервикального канала, уретры, парауретральных ходов, вестибулярных желез, мочевого пузыря, маточных труб.
Инфицирование взрослых лиц происходит при половом контакте с больным урогенитальным трихомониазом, детей интранатальным путем и при половом контакте; в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и правил ухода за детьми.
Код по Международной классификации болезней10-го пересмотра
Трихомониаз (А59):

- А59.0 Урогенитальный трихомониаз;
- А59.8 Трихомониаз других локализаций;
- А59.9 Трихомониаз неуточненный.

Клиническая классификация урогенитального трихомониаза основана на локализации патологического процесса (КР «Урогенитальный трихомониаз», 2021).

- Трихомониаз нижнего отдела урогенитального тракта у женщин:

- вульвит;
- вагинит;
- цервицит;
- уретрит;
- цистит.
- Трихомониаз органов малого таза и других мочеполовых органов у женщин:

- вестибулит;
- парауретрит;
- сальпингит.

Факторы риска трихомониаза:

- новый половой партнер или несколько половых партнеров в одно время;
- ИППП в настоящее время или в анамнезе;
- сексуальный контакт с инфицированным партнером;
- отсутствие барьерной контрацепции.

Клинические проявления трихомониаза
Инкубационный период в среднем равен 4–28 дням. После инфицирования и инкубационного периода в среднем через 2 нед у мужчин могут развиться уретрит и/или баланопостит. У женщин чаще всего имеет место вагинит и вульвовагинит, также может быть уретрит, цервицит.
В 20–40% случаев урогенитальный трихомониаз протекает бессимптомно.
Трихомонадный вагинит
Поражение влагалища — наиболее частое проявление трихомониаза у женщин.
Субъективные симптомы: выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко пенистые, с неприятным запахом; зуд, жжение в области половых органов; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт и/или боль в нижней части живота (КР «Урогенитальный трихомониаз», 2021).
Объективными симптомами заболевания у женщин являются гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; серо-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом; редко эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки половых органов, кожи внутренней поверхности бедер; петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки (КР «Урогенитальный трихомониаз», 2021).
Трихомонадный уретрит
Поражение уретры выявляют у 90% пациенток с трихомониазом, в то время как только в уретре инфекционный процесс локализуется менее чем у 5% женщин.

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

При длительно протекающем трихомониазе и в отсутствие лечения поражается кожа наружных половых органов. Это проявляется в виде красных пятен, поверхностных эрозий и даже язвенных поражений, сопровождающихся жжением и зудом в участках поражения.
Трихомониаз органов малого таза и других мочеполовых органов (Клинические рекомендации «Урогенитальный трихомониаз», 2021)
Субъективные симптомы :
у женщин

- вестибулит: незначительные выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко пенистые, с неприятным запахом, болезненность и отечность в области вульвы; при формировании абсцесса железы присоединяются симптомы общей интоксикации; боли усиливаются при ходьбе и в покое, принимая пульсирующий характер;
- сальпингит: боль в области нижней части живота, нередко схваткообразного характера; выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко пенистые, с неприятным запахом; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены.

Объективные симптомы:

- вестибулит: незначительные серо-желтые, жидкие выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации; при формировании абсцесса железы общая и местная гипертермия, при пальпации железы наблюдаются скудные выделения серо-желтого цвета; определяется четко ограниченная инфильтрация, гиперемия и выраженная болезненность в зоне проекции протока;
- сальпингит: при остром течении воспалительного процесса увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы, укорочение сводов влагалища, серо-желтые, жидкие пенистые выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания незначительная болезненность, уплотнение маточных труб.

Женщины с трихомонадной инфекцией значительно чаще инфицируются ВИЧ и значительно чаще заражают половых партнеров; у них же установлен более высокий риск инфицирования другими возбудителями ИППП, включая хламидии, гонококки, а также онкогенные папилломавирусы.
Лабораторная диагностика урогенитального трихомониаза показана следующим лицам (КР «Урогенитальный трихомониаз», 2021):

- лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы;
- при прегравидарном обследовании половых партнеров;
- при обследовании женщин во время беременности;
- при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на половых органах и органах малого таза;
- лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;
- половым партнерам больных ИППП;
- лицам, перенесшим сексуальное насилие.

Лабораторная диагностика трихомониаза основана на выявлении живых трихомонад со специфической подвижностью при использовании микроскопического исследования нативного препарата. Метод чувствительный и специфичный, однако на практике используется редко.
В настоящее время имеются высокоинформативные методы ПЦР в режиме реального времени для выявления трихомонад.
Рекомендуется (КР «Урогенитальный трихомониаз», 2021) лабораторное подтверждение урогенитального трихомониаза пациентам с малосимптомными и бессимптомными формами заболевания на основании результатов: микробиологического (культурального) исследования отделяемого из уретры и/или влагалищного отделяемого на .
T. vaginalis
. Культуральное исследование показано при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании. Чувствительность культурального исследования достигает 95%, но метод отличается большей трудоемкостью и длительностью выполнения по сравнению с молекулярно-биологическими методами, что ограничивает его применение.
Комментарий
Для получения достоверных результатов лабораторных исследований необходимо соблюдение ряда требований:

- сроки получения клинического материала с учетом применения антибактериальных лекарственных препаратов: для идентификации культуральным методом и методом амплификации рибонуклеиновой кислоты не ранее чем через 14 дней после окончания приема препаратов, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального времени) не ранее чем через 1 мес после окончания приема препаратов;

T. vaginalis
- получение клинического материала из уретры не ранее чем через 3 ч после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений через 15–20 мин после мочеиспускания;
- получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации;
- соблюдение условий доставки образцов в лабораторию.

лабораторная диагностика урогенитального трихомониаза пациентам всех возрастных групп и категорий на основании результатов микроскопического исследования окрашенных препаратов ввиду субъективизма оценки результатов исследования или использование других методов лабораторных исследований, в том числе метода прямой иммунофлюоресценции для идентификации и иммуноферментного анализа для обнаружения антител к для диагностики урогенитального трихомониаза пациентам всех возрастных групп и категорий.
Не рекомендуется*T. vaginalisT. vaginalis*
Не следует также применять биологические, химические и алиментарные провокации с целью повышения эффективности диагностики и лечения урогенитального трихомониаза пациентам всех возрастных групп и категорий.
Положительный результат микроскопического метода исследования с выявлением подвижных трихомонад или выявления ДНК методом ПЦР в реальном времени, независимо от наличия симптомов, является .
T. vaginalisпоказанием к лечению

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

().
Лечение трихомониаза — только системное внутрь, таблетки с метронидазолом или тинидазолом Интравагинальная терапия вызывает эрадикацию возбудителей только во влагалище, но не оказывает влияния на трихомонады в мочевыводящих путях.
:
Первая линия терапии

- метронидазол по 500 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней;
- метронидазол в дозе 2 г однократно;
- тинидазол в дозе 2 г 1 раз внутрь;
- тинидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней;
- орнидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней;
- орнидазол в дозе 1,5 г однократно.

Во время лечения оба партнера должны избегать употребления алкоголя в течение 24 ч после приема метронидазола и в течение 72 ч после приема тинидазола из-за риска антабусных реакций (совместим с алкоголем только орнидазол). Вследствие высокой частоты поражения уретры и парауретральных желез у женщин рекомендовано использование препаратов системного действия.
для лечения осложненного и рецидивирующего трихомониаза назначать перорально один из следующих препаратов с целью эрадикации и клинического выздоровления (КР «Урогенитальный трихомониаз», 2021):
Рекомендуется*T. vaginalis*

- метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней;
- метронидазол по 2,0 г внутрь 1 раз в сутки в течение 5 дней;
- орнидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней;
- тинидазол по 2,0 г 1 раз в сутки в течение 3 дней.

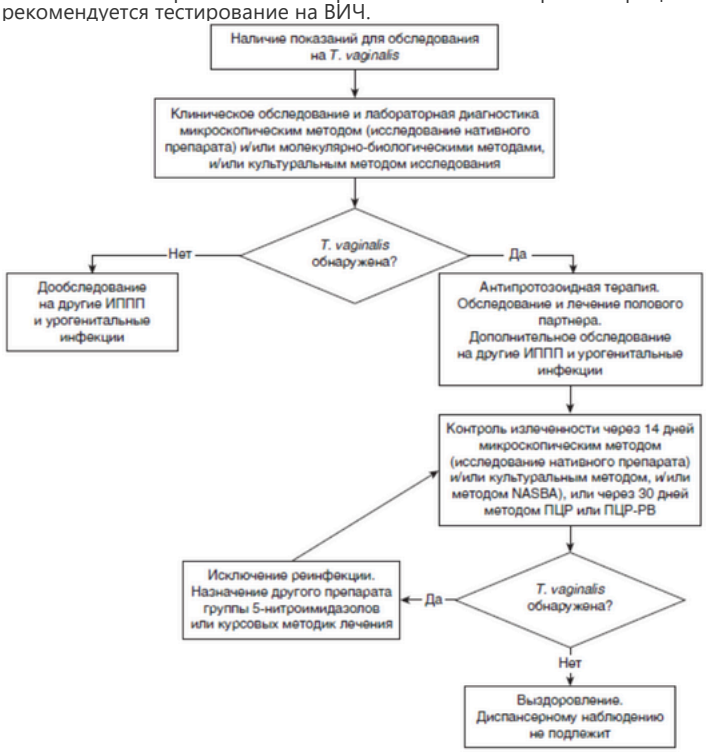
При лечении осложненных форм урогенитального трихомониаза у женщин одновременно с пероральными препаратами применение препаратов с противопротозойным и антибактериальным действием для местного применения в гинекологии:

- метронидазол, вагинальная таблетка 500 мг, 1 вагинальную таблетку 1 раз в сутки в течение 6 дней;
- метронидазол, гель вагинальный, по 5 г интравагинально 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Для лечения беременных с целью эрадикации и клинического выздоровления назначать перорально один из следующих препаратов:
T. vaginalis

- метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- метронидазол в дозе 2,0 г однократно.

Применение метронидазола возможно не ранее II триместра беременности с учетом его влияния на плод при участии врачей — акушеров-гинекологов. Одновременно с пероральными препаратами возможно применение препаратов с противопротозойным и антибактериальным действием для местного применения в гинекологии.
Контроль эффективности лечения рекомендовано осуществлять микроскопическим исследованием нативного препарата и/или микробиологическим (культуральным) методом исследования, и/или определением рибонуклеиновой кислоты (метод амплификации рибонуклеиновой кислоты) через 14 дней после окончания лечения, определением ДНК методом ПЦР не ранее чем через 1 мес после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.
T. vaginalisT. vaginalis
При выявлении больного заполняется форма № 089-у/кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки» в порядке, установленном письмом МЗ РФ от 2 марта 2015 г. № 13-2/25.
Пациентов с установленным диагнозом «урогенитальный трихомониаз» необходимо обследовать на другие ИППП, в том числе сифилис, а также ВИЧ, гепатиты В и С.
При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется повторное серологическое исследование на сифилис через 3 мес, на ВИЧ, гепатиты В и С через 3–6–9 мес. При неизвестном или ранее отрицательном ВИЧ-статусе при постановке диагноза и через 6 мес рекомендуется тестирование на ВИЧ.



Алгоритм из Клинических рекомендаций «Урогенитальный трихомониаз» (2021)
Рис. 3.2.

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Хламидийная инфекция
Клинические рекомендации «Хламидийная инфекция» (2021), подготовленные двумя профессиональными сообществами — Общероссийской общественной организацией «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» и Общероссийской общественной организацией «Российское общество акушеров-гинекологов», — являют пример реального междисциплинарного взаимодействия.
Урогенитальная хламидийная инфекция — инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является — грамотрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку , семейству , роду
Chlamydia trachomatisChlamydialesChlayidiaceaeChlamydia.
Хламидии существуют в двух формах, различающихся по морфологическим и биологическим свойствам. Высокоинфекционной, спороподобной, внеклеточной формой является элементарное тельце (ЭТ), а вегетативной, репродуцирующейся, внутриклеточной — ретикулярное тельце (РТ). К первому этапу инфекционного процесса относится адсорбция ЭТ на плазмалемме клетки хозяина. Внедрение хламидий в клетку происходит путем эндоцитоза. Инвагинация участка плазмалеммы с адсорбированным ЭТ происходит в цитоплазму с образованием фагоцитарной вакуоли. Эта фаза занимает 7–10 ч. После этого в клетке в течение 6–8 ч происходит реорганизация ЭТ в вегетативную форму РТ, способного к росту и делению.

Размножение хламидий ведет к формированию включений (телец Провачека). В течение 18–24 ч развития они локализуются в цитоплазматическом пузырьке, образованном из мембраны клетки. Во включении может содержаться от 100 до 500 хламидий. Далее в течение 36–42 ч происходит процесс созревания РТ через переходные (промежуточные) тельца и развитие ЭТ следующего поколения. Полный цикл репродукции хламидии равен 48–72 ч и завершается разрушением пораженной клетки, этот процесс может увеличиваться на более длительный период. Размножение патогенов в эпителиальных клетках приводит к нарушению целостности эпителиального слоя, десквамации и лимфоидной инфильтрации тканей.
Хламидии обладают тропизмом к цилиндрическому эпителию и способны поражать слизистую оболочку уретры, цервикального канала, прямой кишки, ротоглотки и конъюнктивы глаз. У взрослых женщин микроорганизмы не способны размножаться в неизмененном многослойном плоском эпителии влагалища, так как проявляют высокую чувствительность к кислой среде его содержимого, поэтому первичным очагом поражения, как правило, является слизистая оболочка шейки матки. В детском и подростковом периоде хламидии могут вызывать поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища, чему способствуют анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы девочек (несовершенность физиологических защитных механизмов, небольшое количество слоев поверхностного эпителия, щелочная реакция вагинального отделяемого). Инфицирование взрослых лиц происходит при любых формах половых контактов с больным хламидийной инфекцией, детей перинатальным путем и при половом контакте; в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми. Возможен также вертикальный путь передачи инфекции.
Урогенитальная хламидийная инфекция является широко распространенной ИППП. По оценкам ВОЗ, ежегодно 131 млн человек инфицируются . Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет. В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2018 г. составила 27,7 случая на 100 000 населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет — 0,22 случая на 100 000 населения, у лиц в возрасте 15–17 лет — 36 случаев на 100 000 населения, у лиц в возрасте старше 18 лет — 33,4 случая на 100 000 населения.
C. trachomatis
Код по Международной классификации болезней10-го пересмотра

- A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта.
- A56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов.
- A56.2 Хламидийная инфекция мочеполового тракта, неуточненная.
- A56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области.
- A56.4 Хламидийный фарингит.
- A56.8 Хламидийные ИППП другой локализации.
- A74.0 Хламидийный конъюнктивит (H13.1).
- A74.8 Другие хламидийные инфекции.
- A74.9 Хламидийная инфекция неуточненная.

Клинически выделяют следующие формы заболевания:

- хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта: уретрит, цервицит, цистит, вульвовагинит;
- хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов: парауретрит, вестибулит, сальпингоофорит, эндометрит;
- хламидийная инфекция аноректальной области;
- хламидийный фарингит;
- хламидийные ИППП другой локализации (пельвиоперитонит, артрит, пневмония, перигепатит);
- хламидийный конъюнктивит.

Клиническая картина
Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта. Объективные симптомы: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры; отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, эрозии слизистой оболочки шейки матки.

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Хламидийная инфекция аноректальной области — объективные симптомы: гиперемия кожных покровов складок анального отверстия, слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки.
Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов. Объективные симптомы:

- вестибулит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации;
- сальпингоофорит: при остром течении воспалительного процесса увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;
- эндометрит: при остром течении воспалительного процесса болезненная, увеличенная матка мягковатой консистенции, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания плотная консистенция и ограниченная подвижность матки;
- пельвиоперитонит: характерный внешний вид — , гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины;

facies hypocratica

- хламидийное поражение парауретральных желез, при этом объективными симптомами являются слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

Хламидийная инфекция у беременных. Хламидийная инфекция может приводить к прерыванию беременности, невынашиванию, развитию ФНП, внутриутробному инфицированию плода, послеродовым воспалительным заболеваниям, неонатальным инфекциям. В I триместре беременности наиболее характерное осложнение — угрожающий выкидыш, неразвивающаяся беременность и спонтанный аборт. В II и III триместрах угроза прерывания беременности имеет длительное течение, а токолитическая терапия дает, как правило, нестойкий эффект. В плацентах женщин с генитальным хламидиозом происходит нарушение иммунного гомеостаза с образованием патогенных иммунных комплексов. В случаях инфицирования амниотических оболочек может развиться многоводие, специфическое поражение плаценты (плацентит), плацентарная недостаточность, гипотрофия и гипоксия плода. В процессе эхографического обследования беременных с внутриутробным инфицированием достоверно чаще встречаются следующие эхографические признаки: многоводие, маловодие, гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах, изменения плаценты. При УЗ-плацентографии обнаруживаются следующие изменения: утолщение плаценты, разнородная эхогенность паренхимы плаценты, преждевременное старение плаценты, расширение межворсинчатых пространств, расширение субхориального пространства, утолщение/удвоение контура базальной пластинки. Для беременных с хламидийной инфекцией и ФНП к первичным ее проявлениям относятся нарушения внутриплацентарного кровотока.
При наличии хламидийной урогенитальной инфекции у беременной в большинстве случаев хламидии передаются новорожденным во время родов. В этом случае выявляются симптомы вялотекущего конъюнктивита, пневмонии, реже отита. У части детей, родившихся от инфицированных матерей, хладимии выделяют из ротоглотки, носоглотки и прямой кишки. Кроме манифестных форм (конъюнктивит, пневмония, инфекция мочеполовой системы), наблюдаются и неспецифические проявления в виде отечного и геморрагического синдромов, длительной гипербилирубинемии, замедленного восстановления массы тела. Клинические проявления внутриутробного хламидийного заражения чаще выражаются в виде генерализованной формы, внутриутробной пневмонии, желтухи, фетального гепатита, конъюнктивита, ЗРП.
Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта протекают у 70–95% женщин асимптомно.
Диагностика заболевания/критерии установления диагноза
Диагноз хламидийной инфекции устанавливается на основании выявления в результате лабораторных исследований биологического материала (, например ПЦР, HASBA) в исследуемом клиническом материале, полученном с учетом локализации воспалительного процесса и данных сексуального анамнеза: со слизистой оболочки ротоглотки, и/или отделяемого слизистой оболочки прямой кишки, и/или отделяемого слизистых оболочек женских половых органов, и/или отделяемого из уретры, и/или отделяемого конъюнктивы, и/или исследование мочи.
C. trachomatis молекулярно-биологическими методами
При подозрении на ВЗОМТ необходимо исследование отделяемого цервикального канала и операционного материала. Чувствительность методов составляет 98–100%, специфичность 100%. Важно соблюдение условий транспортировки клинического материала в лабораторию. Забор материала для исследований может осуществляться не ранее чем через 1 мес после окончания антибиотикотерапии.

На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие чего предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.
Молекулярно-биологическое исследование мочи на преимущественно используется при выраженных клинических проявлениях уретрита.
Необходимо соблюдение ряда требований, к которым относятся получение клинического материала из уретры не ранее чем через 3 ч после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений — через 15–20 мин после мочеиспускания; получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации; соблюдение условий доставки образцов в лабораторию.
C. trachomatis

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

:
Не рекомендовано

- применение микробиологического (культурального) исследования;
- использование других методов лабораторных исследований, в том числе метод прямой иммунофлюоресценции, иммуноферментный анализ для обнаружения антител к , микроскопический и морфологический методы для диагностики хламидийной инфекции урогенитального тракта;

C. trachomatis
- применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики и лечения хламидийной инфекции;
- УЗИ (комплексное) рекомендовано при необходимости исключения ВЗОМТ и осложненного течения хламидийной инфекции.

Лечение
Цели лечения: эрадикация , клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений, предупреждение инфицирования других лиц.
C. trachomatis
:
Рекомендовано

- для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы:

- доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- офлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- левофлоксацин по 500 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней;
- джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней;
- для лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов:

- доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней;
- . Препарат противопоказан беременным. В связи с лучшей переносимостью предпочтительно назначение доксициклина в форме таблеток;

Комментарий
- офлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки в течение 14–21 дня;
- джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки в течение 14–21 дня.

Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 дней до 21 дня.
Для лечения хламидийных инфекций аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита:

- доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней.

Препарат противопоказан беременным (см. выше).
Не рекомендовано проводить системную энзимотерапию, иммуномодулирующую и терапию местными антисептическими препаратами.
Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод.
При лечении женщин в период лактации предпочтительно назначение джозамицина. Рекомендуется для лечения беременных и женщин в период лактации перорально:

- джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней;
- азитромицин в дозе 1,0 г однократно;
- эритромицин по 500 мг 4 раза в сутки в течение 7 дней.

При назначении азитромицина или эритромицина необходимо приостановить кормление ребенка грудью на время лечения, если предполагаемая польза для матери превышает риск для новорожденного.
Установление хламидийной инфекции на основании молекулярно-генетических методов не менее чем через 1 мес после окончания лечения антимикробными препаратами.
излеченности
При отрицательных результатах обследования пациентки дальнейшему наблюдению не подлежат.
Профилактика: исключение случайных половых контактов, использование средств барьерной контрацепции, обследование и лечение половых партнеров.
При отсутствии эффекта от лечения рекомендуется исключение реинфекции и назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

Глава III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности

Инфекции, ассоциированные с условно-патогенными генитальными микоплазмами
Уреаплазмоз и микоплазмоз. Диагнозы не предусмотрены МКБ-10.
В МКБ-10 кодируются:

- A49.3 Инфекция, вызванная микоплазмой, неуточненная;
- O98.3 Другие инфекции, передаваемые преимущественно половым путем, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период.

В настоящее время один из наиболее дискутабельных вопросов — выяснение истинной этиологической роли , в развитии болезней матери и плода, поскольку они являются частью нормальной влагалищной микрофлоры. С микробиологической точки зрения микоплазмы интересны своим промежуточным положением между бактериями и вирусами и обусловленными этим специфическими свойствами: отсутствием клеточной стенки и, соответственно, устойчивостью к препаратам, влияющим на биосинтетические процессы белков клеточной стенки; чувствительностью к антимикробным агентам, воздействующим на синтез мембранных и внутрицитоплазматических протеинов; способностью к репликации на бесклеточных средах; зависимостью от наличия стеролов в среде для адекватного роста; ингибированием роста в присутствии специфических антител. По эпидемиологическим данным, генитальные микоплазмы выявляются у 6–30% здоровых сексуально активных женщин, — у 40–95%. Распространенность и в популяциях беременных и небеременных примерно одинакова.
Mycoplasma hominisUreaplasmaurealyticumU. urealyticumU. urealyticumM. hominis
Связи между колонизацией нижних половых путей и и повышением риска рождения маловесных детей, преждевременным излитием вод и ПР , также не доказана их роль при гистологически верифицированном хориоамнионите. Генитальные микоплазмы, заселяющие организм плода во время родов, не рассматриваются как причина неблагоприятных исходов беременности и серьезных инфекций у новорожденного.
Так лечить или нет женщину при бессимптомном носительстве микоплазм и уреаплазм? Отвечая на этот вопрос, хотелось бы процитировать профессора М.А. Башмакову (2004): «Полжизни я посвятила микоплазмам и уреаплазмам, а остаток отдаю тому, чтобы при их выявлении женщин не лечили ».
U. urealyticum M. hominis не выявлено без показаний
Когда *U. urealyticum* **необходимо элиминировать:**

- ();

при клинических проявлениях инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовых и других органов лечим болезнь, а не анализ!

- ;

при бесплодии, когда, кроме микоплазменной инфекции, других причин бесплодия не установлено

- ;

при беременности у женщин с отягощенным акушерским анамнезом и верифицированной почечной недостаточностью во время данной беременности

-

перед ЭКО.

Урогенитальные микоплазмы являются БВ-ассоциированной микрофлорой, при колонизации нижних половых путей беременных M. hominis и/или U. urealyticum рекомендуется традиционная двухэтапная терапия БВ.

— воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Заболеванию способствуют незашитые разрывы шейки матки после родов, опущение половых органов, раздражение шейки матки химическими и/или механическими средствами (например, внутриматочным контрацептивом), хронические воспалительные процессы в матке, придатках, во влагалище. При слизисто-гнойном эндоцервиците отмечают гнойные или слизисто-гнойные выделения, заметные в цервикальном канале или на тампоне при эндоцервикальном исследовании. Истинная распространенность этого заболевания неизвестна.

Эндоцервицит

Причиной слизисто-гнойного эндоцервицита у 60–70% пациенток оказываются возбудители, передаваемые половым путем: , . Однако у 30–40% женщин при заболевании не удается выделить ни тот ни другой патоген. У них в цервикальном канале обнаруживают , и другие бактерии, но поскольку все они — часть нормальной влагалищной микробиоты, истинное этиологическое значение этих микроорганизмов не определено.

Chlamydia trachomatisNeisseriagonorrhoeaeM. hominisU. urealyticum

Критериями диагностики считают:

- ();

гнойное отделяемое из цервикального канала при выполнении swab-теста

- ;

кровоточивость, отек и эритему в области наружного зева

- ().

соотношение лейкоцитов и эпителиоцитов при увеличении ×1000 более чем 1:1 2:1 или 3:1

К сожалению, перечисленные критерии, особенно при стертой клинической картине, недостаточно стандартизированы, в особенности при беременности.

При обнаружении характерных клинических проявлений и/или наличии признаков цервицита по результатам микроскопического исследования на один эпителиоцит необходима ПЦР-диагностика для детекции абсолютных патогенов: , , .

C. trachomatisN.gonorrhoeaeMycoplasmagenitalium

Лечение

Противовоспалительная терапия та же, что при АВ. Эрадикация доказанного возбудителя. Хламидийную и микоплазменную инфекцию, вызванную , гонорею лечит дерматовенеролог. Акушер-гинеколог проводит лечение цервицита в соответствии с доказанным возбудителем, не относящимся к компетенции венеролога.

M.genitalium

Главные профилактические мероприятия для снижения риска инфекционно-воспалительных заболеваний у родильниц и новорожденных в период беременности (на этапе ЖК):

- ;

лечение экстрагенитальных и гинекологических заболеваний

- ;

выделение беременных группы высокого риска по инфекционным заболеваниям либо с клиническими симптомами, предполагающими лечебные мероприятия

- ;

восстановление эубиоза половых органов

- .

лечение и профилактика анемии

В качестве донаторов лактобацилл используют , , . Принципиальное отличие современных эубиотиков от прежних — их основа. Это не сухое молоко, как раньше, а фруктоолигосахариды (яблочный пектин, морковный порошок). При беременности вполне достаточно местного лечения с обязательным восстановлением эубиоза лактобациллами на безмолочной, фруктоолигосахаридной основе.

Естественный путь поступления лактобацилл во влагалище — из кишечника.пробиотикиэубиотикипребиотики

Основные требования, предъявляемые к штаммам микроорганизмов — кандидатов на роль биотерапевтических агентов:

- способность прикрепляться к эпителиоцитам и хорошая выживаемость во влагалище;
- продукция молочной кислоты и других бактерицидных веществ, подавляющих рост и размножение патогенных микроорганизмов;
- неинвазивность и непатогенность;
- устойчивость к вагинальным спермицидам;
- отсутствие канцерогенности;
- сохранение биологических свойств при хранении.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Наблюдение беременных

диспансерного наблюдения женщин в период беременности — предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода, а также своевременная диагностика заболеваний и патологических состояний плода и новорожденного.

Цель

Организационные аспекты — см. главу I.

При постановке беременной на учет выполняют мероприятия, регламентированные КР «Нормальная беременность», 2020:

- общее физикальное обследование, включающее осмотр, антропометрию и вычисление ИМТ, обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез;
- акушерское обследование — измерение размеров таза, осмотр и бимануальное влагалищное исследование;

шейкиматки

- клинико-лабораторные исследования — в сроки, выполняются без самовольных дополнений определения не предусмотренных приказом ненужных исследований, например D-димера (см. главу I).

регламентированные

Не предусмотренные действующими регламентирующими документами исследования и лечение не имеющих дефиниций в МКБ «заболеваний» (гарднереллез, микоплазмоз) расцениваются как ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей.

Врач ЖК обязан в кратчайшие сроки направить беременную на консультацию к терапевту и при выявлении экстрагенитальных заболеваний совместно с врачами-специалистами до срока 11–12 нед решить вопрос о возможности вынашивания беременности. На практике явка должна осуществляться в максимально возможные ранние сроки, так как к 11–12-й неделе беременности уже должен быть решен вопрос о вынашивании с учетом всех экстрагенитальных заболеваний. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной и плода делается врачом — акушером-гинекологом до 22-й недели беременности.

При осложненном течении беременности или при наличии экстрагенитальных заболеваний кратность осмотров определяется индивидуально, с учетом действующих КР.

При заболевании женщины любыми формами туберкулеза, включая неактивную, и при наличии активных форм туберкулеза у проживающих с ней родственников беременную направляют в специализированное туберкулезное акушерское отделение для обследования или специфического лечения.

():

Документы регламентированы приказом № 1130н

- ();

индивидуальная карта беременной и родильницыформа № 111/у-20

- ();

амбулаторная картаформа № 025/у

- ().

обменная карта беременной, роженицы и родильницыформа № 113/у-20

Для информации

В Санкт-Петербурге есть распоряжение об обязательной сверке по туберкулезу. Ежемесячный обмен информацией о состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере беременных и находящихся в контакте с больными активными формами туберкулеза фиксируется во вкладыше обменной карты беременной.

(см. главу I).

Эффективность раннего взятия на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки полностью не обследовать беременную. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также вырабатывают план ведения беременности

проводится:

Патронаж

- акушеркой при неявке пациентки на назначенное время визита (не отвечает на телефонные звонки), при отказе от госпитализации (или) от посещения ЖК, во время эпидемиологической ситуации, после получения информации из других медицинских организаций о беременной, не состоящей на диспансерном учете в ЖК;
- врачом — акушером-гинекологом (для пациенток с ограниченными физическими возможностями, во время эпидемиологической ситуации);
- специалистами кабинета медико-социальной помощи ЖК (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) при взятии на диспансерный учет по беременности (первичный патронаж), в группах социального риска и асоциального поведения, после неоднократных патронажей акушеркой.

Во время патронажа проводится опрос пациентки (сбор жалоб, анамнеза); измерение АД, температуры тела, ОЖ, ВДМ; выслушивание сердечных тонов плода с помощью малогабаритного допплеровского анализатора сердечно-сосудистой деятельности плода; аускультация сердечных тонов плода; вызов бригады скорой медицинской помощи для транспортировки пациентки при наличии показаний для лечения в стационарных условиях; оформление направлений на обследования, госпитализацию; приглашение на прием к врачу — акушеру-гинекологу.

Периодичность патронажа определяется медицинскими показаниями.

. В первые 3 сут после выписки из родильного дома, в связи с ранней выпиской из стационара, женщину посещают работники ЖК — врач (после патологических родов и после операции КС) или акушерка (после нормальных родов) в случае неявки в ЖК в течение 3 дней после выписки из стационара. Для обеспечения своевременного послеродового патронирования ЖК должна иметь постоянную связь с родильными стационарами.

Послеродовой патронаж

При возникновении показаний своевременная плановая госпитализация беременной с соблюдением правил маршрутизации — главная задача врача ЖК. Устные отказы беременной не являются оправдательным документом для врача ЖК, точно так же как никакая перегрузка отделения не может служить основанием для отказа в госпитализации беременной. Организация беременным и родильницам в случае их непосредственного обращения в ЖК при возникновении острых состояний проводится .

экстренной и неотложной медицинской помощи независимо от их места жительства

График наблюдения женщин с неосложненной беременностью

Кратность посещения врача — акушера-гинеколога беременной с нормально протекающей беременностью составляет 5 раз (КР «Нормальная беременность», 2020). Оптимальным временем первого визита к врачу является I триместр беременности (до 10 нед).

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

При выявлении отклонений от нормального течения беременности кратность посещений врача — акушера-гинеколога может быть увеличена.

При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередной даты назначенного посещения необходимо провести патронаж и добиться регулярного посещения консультации.

Обследование беременных

Основная цель опроса заключается в определении факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и развитие плода.

Сбор анамнеза — первая ступень в осуществлении стратегии снижения риска неблагополучного исхода беременности.

При выяснении возраста женщины определяют возрастную группу:

- до 18 лет (ранее использовался термин «юная»);
- для первородящей 35 лет и старше («первородящая старшего возраста», «возрастная»).

Семейный анамнез дает представление о наследственности и здоровье членов семьи (туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания, злоупотребление курением).

Необходимо также выяснить гемотрансфузионный анамнез (если производилось переливание крови или ее форменных элементов, то по какой причине), эпидемиологический анамнез, наличие аллергии (пищевой, лекарственной и т.д.).

Важно выяснить перенесенные общесоматические и инфекционные заболевания (ревматизм, скарлатина, дифтерия, вирусные гепатиты, краснуха, туберкулез, пневмония, болезни сердца, почек), хирургические вмешательства, заболевания половых органов (воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке и/или трубах, яичниках).

Анамнез:

- ;

паспортные данные

- ;

условия труда и быта

- ;

наследственность и перенесенные заболевания

- ();

вредные привычки курение, употребление алкоголя, психоактивных веществ

- ;

менструальная функция

- ;

половая функция

- ;

сведения о муже

- ();

акушерский анамнез детородная функция, паритет, течение предыдущих беременностей и родов

- ()

сведения о настоящей беременности спонтанная, с помощью ВРТ: каким методом, сколько неудачных попыток предшествовало.

Согласно приказу № 1130н и КР «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» (2021) женщинам выдается паспорт операции КС. Вышеуказанное диктует необходимость более тщательного мониторинга этой беременности, детального оформления индивидуальной карты беременной, своевременных консультаций смежных специалистов для предупреждения и ранней диагностики возможных осложнений. Необходимо информировать женщину о признаках несостоятельности рубца, при появлении которых необходимо срочно обращаться в службу скорой медицинской помощи. В зависимости от территориальных условий может потребоваться дородовая госпитализация. После сбора анамнеза необходимо оценить факторы перинатального риска, подсчитать сумму баллов первого скрининга и внести полученное значение в индивидуальную карту беременной и родильницы и обменную карту.

С паспортом операции КС можно ознакомиться в приложении 27.

Объективное обследование

Объективное обследование проводят врач — акушер-гинеколог [в случае его отсутствия при физиологически протекающей беременности — врач общей практики (семейный врач)], медицинские работники ФАП, но при выявлении любых осложнений или отклонений обязательны

консультация врача — акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания: терапевта, стоматолога, оториноларинголога, офтальмолога, при сопутствующих экстрагенитальных заболеваниях — иного профильного специалиста.
Акушер-гинеколог контролирует выполнение рекомендаций специалистов при каждом визите беременной в ЖК.
Во время беременности у пациентки с экстрагенитальными заболеваниями помимо наблюдения у профильного специалиста целесообразна консультация в амбулаторном отделении учреждения, где планируется родоразрешение, и при необходимости — ее дообследование. Это позволит обсудить с пациенткой срок госпитализации и целесообразную тактику ведения родов. Отлаженная организация специализированной помощи таким пациенткам сводит риск развития ургентной ситуации к минимуму.
Первичный осмотр беременной терапевтом без ознакомления с выпиской из амбулаторной карты недопустим. Он возможен только в тех случаях, если женщина не проживала раньше на этой территории и не имеет амбулаторной карты по прежнему месту жительства.
Стоматолог должен не только осмотреть пациентку, но и при необходимости немедленно назначить санацию полости рта. Ухудшение состояния зубов и слизистой оболочки полости рта прогрессирует во время беременности, и нередко необходима дополнительная санация.
При результатах пренатального скрининга, указывающих на высокий риск хромосомных нарушений и врожденных аномалий развития, акушер-гинеколог осуществляет направление беременной на медико-генетическое консультирование.
Объективное исследование беременной, проводимое в ЖК, включает:

- ;

измерение роста
- ();

определение массы тела позволяет выявить избыточную массу тела, ожирение и скрытые отеки
- ();

вычисление ИМТ масса в килограммах, разделенная на квадрат роста в метрах
- ;

измерение АД для диагностики АГ
- ;

осмотр кожных покровов и оценку особенностей оволосения
- ;

исследование молочных желез
- ;

осмотр и пальпацию живота
-

пальпацию лонного сочленения.
В течение беременности следует измерять массу тела женщины. Определение росто-весовых показателей является необходимым условием для диагностики ожирения, контроля увеличения массы тела беременной. Очевидно, что чем раньше женщина посетит консультацию, тем более достоверные данные о ее исходной массе тела получит врач.
Аналогичная закономерность относится и к измерению АД (см. правила измерения АД далее). При установлении повышенного давления в ранние сроки беременности необходимо обследование для исключения или подтверждения гипертонической болезни. В поздние сроки беременности дифференциальная диагностика гипертонической болезни и ПЭ усложняется.
Акушерское обследование
Наружное и внутреннее акушерское обследование включает измерение размеров таза, осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование. Со второй половины беременности измеряют ОЖ, ВДМ, проводят аускультацию плода. После 32-й нед беременности определяют положение плода, предлежащую часть.
Акушерские измерения
Хотя в КР «Нормальная беременность» **(** *2020***)** *пельвиометрия проводится только в III триместре, целесообразно уже при первом осмотре определить conjugata vera* **(** *истинную конъюгату***)** *, то есть прямой размер входа в малый таз* **(** *в норме 11–12 см***).**

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Достоверные данные может дать УЗ-измерение, однако в связи с недостаточной распространенностью этого метода в настоящее время по-прежнему пользуются косвенным :
определением истинной конъюгаты
а) из значения вычитают 8 см при индексе Соловьева 1,4; вычитают 9 см при индексе Соловьева, 1,4, 10 см при индексе Соловьева 1,4;
conjugata externaменееравномвычитаютболее
б) по вертикальному размеру ромба Михаэлиса (он соответствует значению истинной конъюгаты);
в) по размеру Франка (расстояние от остистого отростка VII шейного позвонка до середины яремной вырезки), который равнозначен истинной конъюгаты;
размеру
г) из величины диагональной конъюгаты (12,5 см) вычитают () (11,1 см). Индекс Соловьева — это 1/10 окружности лучезапястного сустава: к примеру, при 15 см = 1,5, при 13 см — 1,3.
индекс Соловьева 1,4 и получают истинную конъюгату
Отклонение одного или нескольких размеров таза от нормальных значений может указывать на наличие кососмещенного и/или кососуженного таза и может встречаться при сколиозе, после травматических и других повреждений костного таза. В этом случае необходимо произвести дополнительные измерения таза:

- ();;

боковая конъюгата — расстояние между передней и задней остями подвздошных костей одной и той же стороны 14–15 см и больше уменьшение их до 13 см свидетельствует о сужении таза, если боковая конъюгата составляет 12,5 см и меньше, родоразрешение через естественные родовые пути, как правило, невозможно
- :

косые размеры малого таза

- ();

от середины верхнего края лобкового симфиза до задней верхней ости обеих сторон в норме — 17,5 см
- ();

от передней верхней ости одной стороны до задней верхней ости другой стороныв норме — 21 см
- ().

от остистого отростка V поясничного позвонка до передневерхней ости каждой подвздошной кости в норме — 18 см
Измеренные расстояния сравниваются попарно — разница между размерами каждой пары больше 1,5 см свидетельствует о косом сужении таза, что может отразиться на течении родов.
Пальпация
Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (после 13–15 нед), можно определить тонус матки, величину плода, примерное количество околоплодных вод, предлежащую часть, а затем, по мере прогрессирования беременности, и членорасположение плода — его положение, позицию и вид.
():
Пальпацию проводят, используя четыре классических акушерских приема по Леопольду

- ;

1-й прием наружного акушерского исследования — определение высоты стояния дна матки и части плода, находящейся в дне
- ();

2-й прием наружного акушерского исследования — определение позиции плода, о которой судят по месту расположения спинки и мелких частей плода ручек и ножек
- ;

3-й прием наружного акушерского исследования — определение характера предлежащей части и ее отношения к малому тазу
- .

4-й прием наружного акушерского исследования — определение соотношения предлежащей части со входом в малый таз
При определении положения плода (отношение продольной оси плода к продольной оси матки) различают положения:

- продольное;
- поперечное;
- косое.

— отношение спинки плода к правой или левой стороне матки. Различают I (спинка обращена к левой стороне матки) и II (спинка плода обращена к правой стороне) позиции плода. Вид позиции — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде, кзади — заднем виде.

Позицияплода

— отношение крупной части плода (головки и ягодиц) ко входу в малый таз.

Предлежаниеплода

Следует помнить:

- ;

distantia spinarum — 25–26 см

- ;

distantia cristarum — 28–29 см

- ;

distantia trochanterica — 31–32 см

- ;

conjugata externa — 20–21 см

- ;

conjugata diagonalis — 12,5–13,0 см

- ();

для оценки толщины костей измеряют окружность лучезапястного сустава на уровне выступающих мыщелков предплечья — лучезапястный индекс норма 14,5–15,0 см

- ;

индекс Соловьева равен 1/10 лучезапястного индекса

- ;

ромб Михаэлиса в норме равен 11 на 11 см

-

размер Франка — расстояние от остистого отростка VII шейного позвонка до середины яремной вырезки — 12 см.

Аускультация

Сердцебиение плода может выслушиваться с 12-й недели, но, как правило, акушерским стетоскопом его выслушивают начиная со второй половины беременности (реже с 18–20-й недели). Рекомендовано определять частоту сердцебиения плода (ЧСС) при каждом визите беременной пациентки после 20-й нед беременности при помощи акушерского стетоскопа или после 12-й нед беременности при помощи фетального допплера для подтверждения жизнедеятельности плода (КР «Нормальная беременность, 2020). Тоны сердца плода прослушиваются акушерским стетоскопом в виде ритмичных двойных ударов с постоянной частотой 120–160 в минуту.

().

Осмотр вульвы, шейки матки в зеркалах и влагалищное исследование — 1 раз больше — по показаниям

Мероприятия, которые нужно осуществить при первичном осмотре в зеркалах.

- Определить pH среды влагалища.
- Взять материал для микробиологического исследования.
- Осуществить соскоб с шейки матки для исследования на урогенитальные патогены методом ПЦР (в случае необходимости).
- Взять мазок для цитологического исследования (экзоцервикс и эндоцервикс) — жидкостная цитология, ПАП-мазок.
- Провести кольпоскопию (расширенную) — с прицельным исследованием измененных участков эпителиального покрова — пятен, эрозий и новообразований (в случае необходимости). При осмотре вульвы обратить внимание на наличие кондилом, вестибулярного папилломатоза, язв, трещин и других клинически значимых изменений.
- Оценить количество и качество слизи в цервикальном канале.
- Оценить состояние слизистой оболочки влагалища.

Бимануальное исследование.

- Сужение влагалища, наличие перегородки.
- Шейка матки — форма, консистенция, длина влагалищной части, состояние цервикального канала, ретроцервикальное пространство, болезненность при пальпации крестцово-маточных связок, зрелость по Бишопу (при доношенной беременности).
- Матка — форма, положение, размер, подвижность, консистенция, соответствие сроку беременности, болезненность.
- Придатки — пальпируемость, положение, подвижность, размер, болезненность, наличие образований, признаки спаечного процесса в малом тазу.
- Наличие экзостозов в малом тазу, достижимость мыса крестца (с измерением размера диагональной конъюгаты, в норме 12,5–13,0 см), определение высоты лона (в норме 4 см) и болезненности при пальпации лонного сочленения.

Методы определения срока беременности, родов и дородового отпуска

Определение срока беременности и предполагаемой даты родов является чрезвычайно важным аспектом, обеспечивающим своевременность диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в зависимости от принадлежности женщин к определенным группам риска. Их определяют согласно КР «Нормальная беременность» (2020):

- по дате последней менструации;
- по данным УЗИ при первом визите беременной.

Показатель КТР плода для определения срока беременности и родов по данным УЗИ в I триместре беременности. УЗИ относится к более точным методам определения срока беременности и родов. При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 нед) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле) (коррекция в зависимости от продолжительности цикла).

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

При отсутствии УЗИ в I триместре беременности и отсутствии информации о дате последней менструации срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ.

При расхождении срока по дате последней менструации и УЗИ в 11–14 нед более чем на 5 дней срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ.

При ВРТ срок беременности определяют по дате переноса эмбрионов [дата переноса плюс 266 дней (38 нед) минус число дней, равное сроку культивирования эмбриона].

-

До 5–6 нед тело матки увеличено незначительно.

- ()

В 8 нед матка увеличивается в 2 раза становится величиной с женский кулак.

-

В 10 нед матка увеличивается в 3 раза.

-

В 12 нед матка увеличивается в 4 раза и достигает верхнего края лонного сочленения.

-

В 16 нед дно матки на 12 см выше лона.

-

В 24 нед дно матки на 22 см выше лона, или находится на уровне пупка.

-

В 28 нед дно матки на 28 см выше лона.

-

В 32 нед дно матки на 30–32 см выше лона.

-

В 36 нед дно матки на 34–36 см выше лона, или находится на уровне мечевидного отростка.

- ()

К концу беременности 40 нед дно матки несколько опускается за счет опускания головки и/или ее прижатия ко входу в малый таз.
В РФ отпуск по беременности и родам предоставляется с 30-й недели беременности (при многоплодной беременности — с 28-й недели), поэтому этот срок должен быть точно определен врачом ЖК (см. главу VII «Экспертиза временной нетрудоспособности»). С 1994 г. отпуск по беременности и родам предоставляется женщине в соответствии со ст. 255 «Отпуска по беременности и родам» ТК Российской Федерации № 197-ФЗ от 31.12.2001 на 140 дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов), при многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 28 нед беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов). При осложненном течении родов листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды (всего 156 дней). Порядок выдачи листков нетрудоспособности по беременности и родам регламентируется частью VIII приказа Минздрава России № 1089н (см. главу VII «Экспертиза временной нетрудоспособности») с учетом перехода на их электронное оформление.
Ультразвуковое исследование в акушерстве
проводят в медицинской организации, осуществляющей УЗИ специалистами , прошедшими специальную подготовку и имеющими к выполнению УЗ-скрининга в I триместре.
Первыйскрининг *экспертного уровня допуск*
УЗИ в I триместре беременности также может быть назначено при раннем первом визите и сроке задержки менструации ≥7 дней для исключения ВБ. Во время УЗИ I триместра также рекомендовано измерить ПИ в маточных артериях для предикции ранней ПЭ.
В 18–21 нед беременности УЗИ проводится для оценки роста плода, диагностики ранних форм ЗРП, исключения врожденных аномалий развития, оценки экстраэмбриональных структур (локализация, толщина, структура плаценты, количество околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрия).
Дополнительные УЗИ в II триместре беременности могут быть назначены при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода.
направлять на УЗИ беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП, предлежание плаценты) и в случае несоответствия ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме при сроке беременности 30–34 нед для диагностики поздно манифестирующих пороков развития, макросомии и гипотрофии плода; направлять беременную пациентку группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрия) с 15–16-й до 24-й нед беременности с кратностью 1 раз в 1–2 нед.
Рекомендовано
К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе.
Дополнительные УЗИ в III триместре беременности (после 34–36-й нед) могут быть назначены для уточнения при подозрении на неправильное положение или предлежание плода, при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.
направлять беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока во время второго УЗИ (при сроке беременности 18–20 нед), и в III триместре беременности (при сроке беременности 30–34 нед).
Рекомендовано
Исследование способствует снижению перинатальной смертности путем своевременной индукции родов, правильного выбора метода родоразрешения, включая КС.
направлять беременную пациентку группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока.
Не рекомендовано
Эти исследования при низком перинатальном риске не сопровождаются улучшением материнских или перинатальных исходов (см. КР «Нормальная беременность», 2020).
Помимо поиска признаков ВПР во время УЗИ врач осуществляет фетометрию, определяет зрелость плода, локализацию, размеры и структуру плаценты, особенности пуповины (количество сосудов, спин, количество вартонова студня), исследует количество околоплодных вод.
Один из показателей индекса закручивания пуповины, норма — 0,21±0,07/см.
При физиологически протекающей беременности обязательно назначается скрининговое УЗИ на сроках:

- ;

11–13 нед 6 дней

-

18–21 нед.
Подробнее см. главу I.
УЗИ при многоплодной беременности определяет количество хорионов, что важно для прогнозирования специфических осложнений — синдромов, связанных с сосудистыми анастомозами в плаценте.
При наличии в анамнезе оперативных вмешательств на матке необходимо убедиться, что плодное яйцо не имплантировалось в рубцовую ткань.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам
Цель психопрофилактической подготовки к родам — помочь преодолеть возможные страхи и тревоги, связанные с этим процессом, и избежать распространенных ошибок как в родах, так и в послеродовом периоде, а также обеспечить правильный уход за ребенком с налаживанием всех необходимых условий, в первую очередь — грудного вскармливания.
Распространение партнерских родов позволяет снизить часть нагрузок на женщину, обеспечить ее психологической и эмоциональной поддержкой, а ребенка — полезной микробиотой с момента рождения. Партнерство в родах подразумевает не пассивное наблюдение, а активное участие отца в процессе, для чего ему необходимо также обладать необходимой информацией.
Исключение формализованного подхода
Несмотря на предписания приказа № 1130н об , далеко не во всех ЖК этим вопросам уделяют должное внимание: физическую подготовку игнорируют, а психопрофилактику беременных ограничивают одним-двумя занятиями в III триместре беременности, на которых обучают женщину поведению во время родов, после чего в обменной карте появляется запись «физиопсихопрофилактическую подготовку прошла».
обязательной подготовке беременных в школе матерей
Полученные в ходе психопрофилактической подготовки знания по грудному вскармливанию и правильному уходу за новорожденным помогают избежать многих опасных или нежелательных ситуаций в процессе развития ребенка.
Существует несколько вариантов психопрофилактических занятий: совместные школы будущих родителей, раздельные школы матерей и школы отцов, школы по грудному вскармливанию и т.д.
Следует преодолевать подход врачей, считающих, что физкультурой во время беременности можно пренебречь. Многочисленными наблюдениями установлено, что более благоприятное течение родов, уменьшение количества разрывов промежности и резкое снижение осложнений в послеродовом периоде наблюдаются при соответствующей подготовке беременных. Именно поэтому сразу после взятия на учет беременной при отсутствии противопоказаний для занятий общей физической подготовкой необходимо обучить ее основным гигиеническим навыкам и физическим упражнениям в зависимости от срока беременности (табл. 4.1).
Лечебная гимнастика при беременности до 16 нед
Таблица 4.1.

Исходное положение	Упражнение	Количество	Темп
Вводный раздел			
Стоя, ноги на ширине плеч	1. Ходьба, сопровождаемая движениями рук; ходьба с полуприседанием	1 мин	Медленный, дыхание произвольное
2. Поднять руки через стороны вверх (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)	3–4 раза	Медленный, дыхание спокойное	
Стоя, ноги на ширине ступни, руки отведены назад, кисти соединены	3. Прогнуться, отведя руки назад (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)	То же	То же
Основной раздел			
Стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища	1. Упражнение «насос»	4–5 раз	Средний, поочередно в каждую сторону, дыхание произвольное

Стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе	2. Вращение корпусом; таз неподвижен, дыхание произвольное	3–4 раза	Средний, поочередно в каждую сторону
Стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища	3. Повороты корпуса с разведением рук в стороны (вдох) и последующим наклоном корпуса к стопе (выдох); выпрямиться — руки в стороны (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)	То же	То же
Стоя боком у стула, держаться одной рукой за его спинку, ноги вместе	4. Отвести выпрямленную ногу вперед, в сторону, назад; вернуться в исходное положение	3–4 раза	Средний, дыхание произвольное, рука следует за движениями ноги
Сидя на ковре, руки в упоре сзади, ноги вместе	5. Развести ноги в стороны (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)	То же	Средний, не отрывая ноги от пола, дыхание спокойное
Сидя, руки вдоль туловища, ноги на ширине плеч	6. Отвести руки в стороны с поворотом корпуса (вдох) и последующим наклоном корпуса к ноге (выдох); выпрямиться — руки в стороны (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)	То же	То же
Лежа на спине, руки под головой, ноги вместе	7. Одновременное сгибание ног в коленном и тазобедренном суставах с последующим притягиванием к животу (выдох); вернуться в исходное положение (вдох)	То же	Средний, дыхание ритмичное
Лежа на животе, руки в упоре на ладонях, ноги вместе	8. Прогибание туловища в пояснице с приподниманием головы и плеч (вдох); вернуться в исходное положение (выдох)	То же	Средний, дышать свободно, без напряжения
Лежа на животе, руки в упоре на ладонях, ноги вместе	9. Сгибание ног в коленном суставе с отведением в сторону, вернуться в исходное положение	То же	Средний, поочередно в каждую сторону, дыхание произвольное

Заключительный раздел

Стоя, руки на поясе, ноги вместе	1. Спокойная обычная ходьба	3–4 раза	Медленный, дыхание ритмичное, средней глубины
2. Спокойное дыхание	2–3 мин	То же	

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Физическая подготовка беременных
Наиболее эффективно занятия физической подготовкой проводятся в консультациях, входящих в состав многопрофильных поликлиник, где есть специальные .
кабинеты лечебной физкультуры
Беременную обучают правильному дыханию, развивают у нее диафрагмальное дыхание, способствующее устранению застойного полнокровия в органах брюшной полости.
После обучения беременной в кабинете лечебной физкультуры она может заниматься дома самостоятельно, посещая 1 раз в 2 нед врача или методиста для проверки правильности выполнения упражнений.
При отсутствии кабинета лечебной физкультуры первые занятия со здоровыми беременными могут проводить специально обученные акушерки.
Беременных с неправильным положением и тазовым предлежанием плода направляют в кабинет лечебной физкультуры районной, городской или областной больницы, а также в диспансеры лечебной физкультуры, где есть специально обученные врачи и методисты. Кроме того, следует создавать межрайонные кабинеты лечебной физкультуры дородового исправления положений и предлежаний плода в базовых ЖК.
Беременным показаны теплые воздушные ванны (температура 22 °С) продолжительностью 5 мин в первые дни с постепенным ежедневным увеличением на 5–6 мин, до 25 мин. Выполнять процедуру можно на открытом воздухе, на веранде.
Рекомендуются общие солнечные ванны, начиная с 3 мин, с последующим увеличением на 2–3 мин в день, до 20 мин.
Психопрофилактическая подготовка беременных к родам
Основные правила психопрофилактической подготовки:

- ;

психопрофилактическая подготовка не является самостоятельным методом, а осуществляется в комплексе с физической подготовкой беременных
- ;

подготовку должна пройти каждая беременная, состоящая на учете
- ;

первое занятие проводит врач индивидуально, последующие пять занятий может проводить специально обученная акушерка групповым методом
- .

недопустимо сокращение числа занятий
Характерными ошибками психопрофилактической подготовки являются:

- подготовка «залпом» (5–6 занятий подряд на протяжении 5–10 дней);
- сокращенная подготовка (занятия подменяются обычной беседой врача с беременной при очередном посещении ею ЖК или подготовка ограничивается двумя-тремя занятиями);
- отвлеченные лекции при отсутствии практического показа соответствующих моментов подготовки (упражнений);
- неправильные общие установки относительно характера ожидаемых переживаний в родах, нарушение лечебно-охранительного режима в ЖК.

Занятие 1.

- ?

Что делать после наступления беременности
- *Необходимость обследования при беременности.*
- *Определение индивидуальных факторов риска.*
- *Вредные привычки.*

Занятие 2.

- *Изменения в организме беременной.*
- *Изменение массы тела во время беременности.*
- *Развитие плода, его реакции на внешние раздражители.*
- *Роль плаценты и амниотических вод.*

Занятие 3.

- *Образ жизни.*
- *Работа и трудоустройство.*
- *Домашнее хозяйство.*

- *Посещение магазинов и мест досуга.*
- *Одежда и обувь.*
- *Гигиена беременной и уход за телом.*
- *Рациональное питание.*

Занятие 4.

- *Дискомфортные состояния во время беременности.*
- *Осложнения беременности.*
- *Повышение давления и отеки.*
- *Правильное измерение АД.*
- *Двигательная активность плода.*

Занятие 5.

- *Срок родов.*
- *Подготовка организма к родам.*
- *Предвестники родов.*
- *Как протекают роды. Приемы облегчения схваток.*
- *Правильное дыхание в родах.*
- *Приемы расслабления.*
- *Помощь мужа в родах.*
- *Обезболивание родов.*
- *Помощь партнера в родах — приемы поглаживания кожи живота и потирание поясницы, прижатие «точек обезболивания».*
- *Оперативное родоразрешение.*

Занятие 6.

- *Что происходит в организме после родов.*
- *Вся правда о грудном вскармливании.*
- *Уход за новорожденным.*
- *Подготовка квартиры к приему новорожденного.*
- *Пограничные состояния первых 2 нед жизни.*
- *Каких признаков надо опасаться и что делать при их появлении.*
- *Рациональная контрацепция после окончания грудного вскармливания.*

желательно провести в I триместре. Цель занятия — установить психологический контакт между врачом и беременной, выяснить ситуацию в семье, условия быта и труда, ознакомиться с особенностями личности беременной и ее отношением к беременности и родам (желанна ли беременность, какие опасения есть у беременной, какая социальная или правовая помощь ей нужна).

Первоезанятие

В ходе занятия акцентируют внимание на важности необходимого обследования беременной для определения существующих рисков и минимизации их влияния на течение беременности.

На занятии разъясняется физиологическая природа изменений в организме беременной, даются общие понятия о развитии плода, роли плаценты и околоплодных вод.

В ходе обучения акцентируется внимание на необходимости рационального поведения беременной, развенчиваются бытующие страхи и частые заблуждения. Разъясняются правила гигиены и опасность вредных псевдогигиенических процедур — спринцевания и т.д. Акцентируют внимание беременных на том, что .

излитие вод, даже при отсутствии ощутимых схваток, является показанием для экстренного поступления в родильный дом

Обучение приемам обезболивания должно сопровождаться их демонстрацией. Особенно важно научить беременную правильно дышать (длительный вдох носом и короткий выдох ртом). Для этого рекомендуют выполнять упражнения ежедневно утром в течение 3–5 мин лежа в постели. Наряду с выполнением комплекса лечебной гимнастики необходимо 3–4 раза в день заниматься и дыхательной гимнастикой. так как часто роженица «тужится в щеки». Давление в грудной клетке и брюшной полости при этом не увеличивается, что делает потугу неэффективной.

Главная цель занятия — обучить женщину смыканию голосовой щели и длительной задержке дыхания во время потуги, Акцентируют внимание беременных на необходимости полноценного отдыха между потугами, что достигается полным расслаблением мышц рук, ног и тазового дна.

Особенности физической и психопрофилактической подготовки беременных из групп повышенного перинатального риска и риска развития осложнений беременности

Психопрофилактическая и физическая подготовка указанных групп беременных должна осуществляться после обследования беременных и выработки плана ведения беременности и родов.

Всем без исключения беременным с любыми акушерскими и экстрагенитальными заболеваниями необходимы физические упражнения, которые должны проводить врачи лечебной физкультуры по назначению акушеров-гинекологов ЖК или специализированных центров (для беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, диабетом и т.д.) по имеющимся методикам в соответствии с диагнозом и сроком беременности.

Иногда комплексы физических упражнений проводят непосредственно в специализированном учреждении (центре) во время профилактической госпитализации в течение беременности до родов по индивидуальным программам. Тем не менее с районной ЖК не снимается задача обучения женщины основным приемам поведения во время беременности и в родах. Необходимо, чтобы занятия с беременными из групп риска проводил врач. Группы должны быть небольшими, по три-четыре человека, желательно со схожими заболеваниями.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Занятия проводятся в II – начале III триместра и заканчиваются к 37-й неделе (то есть к сроку возможной дородовой госпитализации).

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Нормализация рациона
Диететика беременных постоянно обсуждается специалистами и, увы, «любителями», что порождает большое количество домыслов, начиная с «беременная должна есть за двоих!» и до «молочно-растительных диет с изобилием фруктов». В то же время рационализация питания — мощный резерв улучшения перинатальных исходов. Главное — убедить женщину и ее родственников в необходимости соблюдать только доказанные рекомендации, не поддаваясь агрессивной рекламе, активности дистрибьюторов, народным «знатокам». Яркий пример — рекомендации изобилия фруктов (якобы «витамины»!). Оказалось — нет: избыток углеводов! Следствие — избыточная масса тела! Женщины должны знать, что набор лишнего веса чреват не только изменениями фигуры, но и пагубно влияет на развитие плода, в том числе интеллектуальное.
Таким образом, суточная потребноть фруктов — 2 крупных плода **(** *0,5 кг* **)** *, лучше местных* **(** *яблоки* **),** *или такое же количество ягод.*
США, 2016. Сравнение развития детей, рожденных с массой 3,0–3,5 кг, показало достоверные различия в зависимости от прибавки массы тела матерями. Лучше всех развивались дети матерей, поправившихся на 9–10 кг; у них же к 12 годам был самый высокий IQ! Хуже и намного хуже развивались и отличались достоверно более низкими IQ дети при прибавке матерями массы тела 15 и 20 кг соответственно.
Диета беременной обязательно должна включать в себя полноценный белок — нежирное мясо, рыбу, творог, яйцо. Обязательна коррекция диеты с назначением полиненасыщенных жирных кислот. Возможно использование специальных продуктов на основе олигопептидов. Схема рационального питания в период беременности индивидуальна и зависит от исходной массы тела, времени года.
Энергетический баланс — равновесное состояние между поступающей с пищей энергией и ее затратами на все виды физической активности, на поддержание основного обмена, роста, развития, и дополнительными затратами у женщин при беременности и грудном вскармливании.
Энерготраты суточные — сумма всех затрат энергии организма в течение суток, включающая основной обмен, физическую активность, специфическое динамическое действие пищи (пищевой термогенез), холодовой термогенез (поддержание температуры тела), рост и формирование тканей у детей, а также плода у беременных и выработку молока у кормящих грудью женщин.
Физиологические потребности в энергии для женщин — от 1700 до 3000 ккал/сут. Во время беременности и грудного вскармливания потребности в энергии увеличиваются в среднем на 15 и 20% соответственно.
Методические рекомендации МР 2.3.1.0253-21 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации». Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование Российской Федерации.
Дополнительное поступление энергии должно происходить за счет полноценного животного белка. Не менее 60% белков должно быть животного происхождения, половина этого количества — из мяса и рыбы, более трети — из молока и десятая часть — из яиц. Полноценным белком также богаты творог пониженной жирности и нежирные сорта сыра (менее 50% жирности).
Беременной полезно сливочное масло в количестве 25–30 г/сут, а также от 30 г растительного масла (подсолнечного, соевого, кукурузного, оливкового), богатого полиненасыщенными жирными кислотами и витамином Е.
Источником углеводов в рационе беременной должны быть продукты, содержащие пищевые волокна: хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, ягоды, крупы. Это способствует нормальной работе кишечника. Общее количество сахара не должно превышать 40–50 г/сут (см. КР «Нормальная беременность», 2020).
Беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза может быть рекомендован пероральный прием поливитаминов (например, комплексы для беременных линейки Элевит) на протяжении всей беременности, так как в данной когорте их назначение снижает риск перинатальных осложнений.
♠
К группе высокого риска авитаминоза относятся женщины с низким социально-экономическим уровнем жизни, с неправильным образом жизни, недостатком питания, с особенностями диеты (вегетарианская/веганская, редуцированная по калорийности диета).
В группе низкого риска гиповитаминоза назначение поливитаминов не снижает риск перинатальных осложнений.
По данным кокрейновского анализа, многокомпонентные комплексы (такие как, например, Элевит), по сравнению с препаратами железа и железа с фолиевой кислотой, могут снижать риски таких осложнений, как отставание от гестационного возраста, низкий вес при рождении, очень ранние преждевременные роды.
♠
(эйкозопентаеновая и докозагексаеновая кислоты) — нерастворимые компоненты биологических мембран, определяющие проницаемость и регулирующие активность мембранных энзимов. Эти кислоты содержатся в рыбе, понемногу синтезируются в организме из α-линоленовой кислоты. При употреблении 200 мг полиненасыщенных жирных кислот в день (вариант — жирные сорта рыбы 1–2 раза в неделю) достоверно снижается вероятность ПР, поскольку падает концентрация простагландинов E2 и F2. Другие ценные эффекты этих жирных кислот: они ингибируют агрегацию тромбоцитов, снижают АД у беременной, способствуют созреванию нервной ткани (развитию головного мозга и сетчатки) плода.
Полиненасыщенные жирные кислоты

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Рекомендовано, чтобы эйкозапентаеновая кислота составляла 1/3 дневной нормы ω-3-полиненасыщенные жирные кислоты, остальная часть приходилась на докозагексаеновую кислоту (Методические рекомендации МР 2.3.1.0253-21 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации»).
Данные о снижении с помощью дотации ω-3-полиненасыщенных жирных кислот в ранние сроки беременности риска ПР и массы тела при рождении менее 2500 г опубликованы в кокрейновском обзоре (2018). Достаточное потребление ω-3-полиненасыщенных жирных кислот женщиной ассоциировано с низким риском ановуляции, увеличивает вероятность зачатия, уменьшает вероятность ПЭ (у пациенток из группы низкого риска), положительно влияет на формирование головного мозга плода, развитие иммунной системы, состояние здоровья и когнитивные функции ребенка в будущем. В одном систематическом обзоре [Benefits of Docosahexaenoic Acid, Folic Acid, Vitamin D and Iodine on Foetal and Infant Brain Development and Function Following Maternal Supplementation during Pregnancy and Lactation. Nancy L. Morse] указано, что помимо ω-3-ПНЖК, критическую роль в развитии нервной системы и головного мозга плода играют йод, фолиевая кислота и витамин D.
С точки зрения значимых эффектов и научно обоснованных данных, рекомендован прием комплексов с ω-3-ПНЖК в составе, особенно с докозагексаеновой кислотой (ДГК). При этом лучше использовать микронутриентную поддержку за счет комплексов, которые содержат только релевантные компоненты (например, комплекс).
Витажиналь Мама®
в небольших количествах поступает с пищей (жирная рыба, печень, яичный желток, некоторые злаки), наибольшая его часть синтезируется из холестерина при прямом попадании ультрафиолетовых волн солнечного света на кожу.
Витамин D
Доказано, что гиповитаминоз D во время беременности ассоциирован с риском ПЭ, ГСД, ПР, рождения маловесных детей, а также развития у них скелетных нарушений вследствие рахита. В популяции дефицит витамина D связан с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе с летальным исходом, СД, онкологическими заболеваниями.
Беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза витамина D назначить пероральный прием витамина D на протяжении всей беременности в дозе 10 мкг (400 МЕ) в день (КР «Нормальная беременность», 2020).
рекомендовано
В группе высокого риска гиповитаминоза витамина D его назначение снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД.
К группе высокого риска гиповитаминоза витамина D относятся женщины с темной кожей, имеющие ограничения пребывания на солнце, со сниженным уровнем потребления мяса, жирной рыбы, яиц, с ИМТ до беременности ≥30 кг/м.
2
Беременной пациентке группы низкого риска гиповитаминоза витамина D назначать прием витамина D.
нерекомендовано
В группе низкого риска гиповитаминоза витамина D его назначение не снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД.
При этом в обновленном документе 2021 г. «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации» рекомендована дотация витамина D 15 мкг/сут в течение всей беременности и в период кормления грудью.
(натуральный, полученный из растительных масел холодного отжима) не подвергался контролируемым исследованиям, зато многократно был предметом научных дискуссий. Это прежде всего антиоксидант, индуктор апоптоза (как и ацетилсалициловая кислота), содержит 14–16 токоферолов, не менее 2 из которых обладает стеролоподобным действием. Показана эффективность витамина Е для профилактики осложнений, вызываемых курением табака (КР «Нормальная беременность», 2020).
Витамин Е
Беременной пациентке назначать прием витамина Е.

не рекомендовано рутинно
Прием витамина Е не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.
В настоящее время не вызывает сомнений необходимость адекватного обеспечения планирующих беременность и беременных фолатами, в том числе путем дотации препаратов фолиевой кислоты или метаболически активных форм фолатов. Фолаты позволяют предупредить формирование дефектов нервной трубки и ряда других пороков развития, вовлечены в процессы кроветворения, а также имеют другие значимые функции. Вместе с тем для полноценной реализации эффектов витамина В необходимо метаболическое вовлечение других витаминов: В, В, В, С. Поэтому дотацию фолатов целесообразно производить в составе мультивитаминных комплексов, содержащих синергисты витамина В.
926129
Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием фолиевой кислоты на протяжении первых 12 нед беременности в дозе 400 мкг в день (КР «Нормальная беременность», 2020).
Прием фолиевой кислоты до и на протяжении первых 12 нед беременности снижает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки (например, анэнцефалией или расщеплением позвоночника).
Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием препаратов йода (калия йодида) на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день (КР «Нормальная беременность», 2020).
Беременной пациентке при нормальном уровне гемоглобина и/или ферритина не рекомендовано рутинно назначать прием препаратов железа. Пациентке группы высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день) назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день.
рекомендовано

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Назначение препаратов кальция на протяжении всей беременности снижает риск развития ПЭ у пациенток с высоким риском ее возникновения.
: нет доказательств пользы рутинного назначения препаратов железа для здоровья матери или ребенка, но есть повышенный риск побочных эффектов со стороны ЖКТ (чаще всего — запоры или диарея).
НЕ РЕКОМЕНДОВАНО
Назначать прием витамина А.
Прием больших доз витамина А (>10 000 МЕ) может оказывать тератогенный эффект.
Рутинно назначать прием аскорбиновой кислоты.
Это не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.
В период беременности потребность в жидкости у женщин возрастает пропорционально увеличению количества калорий. Дополнительный объем жидкости для кормящих женщин связан с возрастанием потребности в ней (в среднем на 700 мл/сут). (Методические рекомендации «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации», 2021).
Суточная потребность беременной составляет 35 мл на 1 кг массы тела. Готовые блюда содержат довольно много жидкости, поэтому при рациональном питании объем жидкости (чай, соки, суп и т.д.) не должен превышать 1,2 л. В дневном меню должны присутствовать фрукты, йогурты, молочные продукты.
в жидкости
Для рационального питания очень важен режим приема пищи. В первой половине беременности принимать пищу лучше 5 раз в день, причем мясо, рыбу, крупы следует употреблять утром или днем, а за ужином желательно ограничиться молочно-растительной пищей.
, наиболее распространенном соматическом заболевании беременных, дефицит белка в рационе пациенток достигает 36%, а при ЗРП еще больше. Для восполнения дефицита белка, кроме обогащения диеты, показаны продукты лечебного питания. [См. также письмо Минздрава РФ от 24.03.2017 № 28-1/10/2-1994 «Рекомендуемые нормы лечебного питания (среднесуточных наборов основных пищевых продуктов) для беременных и кормящих женщин в родильных домах (отделениях) и детей различных возрастных групп в детских больницах (отделениях) Российской Федерации».]
При анемии
В приложении 27 можно ознакомиться с потребностями в энергии и пищевых веществах и в витаминах и минеральных веществах для женщин в период беременности и кормления ребенка согласно Методическим рекомендациям 2.3.1.0253-21 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».
Порядок обеспечения пациентов лечебным питанием в медицинских организациях регламентируется приказом МЗ РФ от 23.09.2020 № 1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием», приложение 3 определяет номенклатуру стандартных диет для беременных и кормящих женщин в медицинских организациях.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Выделение и диспансерное наблюдение беременных в группах повышенного риска
Стратегия риска в акушерстве предусматривает следующие функции акушера-гинеколога ЖК:

- ;

направление всех беременных на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и ВПР у плода
- ();

диспансерное наблюдение за беременными и определение высокого акушерского и перинатального риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода Модифицированная шкала Е.И. Николаевой и О.Г. Фроловой
- ();

направление беременных группы высокого риска по результатам пренатального скрининга в медико-генетические центры консультации
- *определение уровня стационара, в который будет направлена беременная для родоразрешения с учетом группы риска*Предиктивное акушерство / под ред. В.Е. Радзинского, С.А. Князева, И.Н. Костина, 2021..

Группа риска по хромосомным аномалиям плода
Формируется на основе результатов:

- комбинированного (биохимические маркеры и УЗИ) скрининга в I триместре;
- выявления аномалий развития плода во время УЗИ в любом триместре.

Риск ХА или ВПР 1/100 и выше считается высоким. В этом случае акушер-гинеколог ЖК направляет беременную в медицинскую организацию акушерского профиля третьей группы (уровня) или медико-генетический центр (консультацию) для уточнения диагноза посредством повторного УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторного УЗИ, а также для инвазивного обследования (аспирация/биопсия ворсин хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез).
При неблагоприятном прогнозе для жизни и здоровья ребенка после рождения рекомендуют прерывание беременности по медицинским показаниям, которое может проводиться независимо от срока беременности, после получения информированного добровольного согласия беременной.
В случае подтверждения диагноза для разработки дальнейшей тактики собирают перинатальный консилиум, состоящий из акушера-гинеколога, неонатолога, генетика, детского хирурга; заключение консилиума выдается на руки женщине.
В любом случае беременной предоставляют всю информацию о результатах обследования, наличии ВПР у плода и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах лечения, на основании чего сама женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.
Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 нед беременная направляется в гинекологическое отделение, в 22 нед и более — в акушерский стационар.
Если выявленный порок развития плода позволяет провести хирургическую коррекцию в неонатальном периоде, то маршрутизация для родоразрешения таких беременных осуществляется в акушерские стационары, имеющие в своем составе постоянно функционирующее отделение неонатальной реанимации и интенсивной терапии и реанимобиль для экстренной транспортировки новорожденного в специализированный детский стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «детская хирургия».
При выявлении у плода ВПР, не совместимых с жизнью, и отказе женщины прервать беременность дальнейшее наблюдение ведется в обычном порядке, исходя из наличия акушерских осложнений или экстрагенитальных заболеваний. Уровень медицинской организации для родоразрешения определяют с учетом наличия в лечебно-профилактическом учреждении (обязательно!) отделения реанимации

и интенсивной терапии новорожденных. При ухудшении состояния плода, а также при развитии плацентарных нарушений такая беременная направляется в акушерский стационар.
При выявлении у плода ВПР сердечно-сосудистой системы в состав перинатального консилиума включают детского сердечно-сосудистого хирурга и детского кардиолога.
При пороках сердечно-сосудистой системы, требующих оперативного вмешательства в первые 7 дней жизни, госпитализация пациенток осуществляется в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности в сфере сердечно-сосудистой хирургии или имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи с привлечением сердечно-сосудистых хирургов из профильных медицинских организаций.
Врожденные пороки, требующие хирургической коррекции в неонатальном периоде:

- ;

гастрошизис
- ;

атрезия кишечника
- ;

объемные образования различной локализации
- ;

пороки развития легких
- ;

пороки развития мочевой системы
- ;

омфалоцеле
- ;

дуоденальная атрезия
- ;

атрезия пищевода
-

врожденная диафрагмальная грыжа.
Врожденные пороки сердечно-сосудистой системы, требующие срочной коррекции:

- ;

простая транспозиция магистральных артерий
- ;

синдром гипоплазии левых отделов сердца
- ;

синдром гипоплазии правых отделов сердца
- ;

предуктальная коарктация аорты
- ;

перерыв дуги аорты
- ;

критический стеноз легочной артерии
- ;

критический стеноз клапана аорты
- ;

сложные ВПС, сопровождающиеся стенозом легочной артерии
- ;

атрезия легочной артерии
- .

тотальный аномальный дренаж легочных вен
Возможна госпитализация в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной транспортировки ребенка в соответствующее учреждение.
При диагностированном врожденном пороке сердечно-сосудистой системы, требующем отсроченной коррекции — оперативного вмешательства, осуществляемого через 3 нед после рождения и позднее, маршрутизация производится в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.
Врожденные пороки сердечно-сосудистой системы, требующие отсроченной коррекции:

- ;

общий артериальный ствол
- ;

коарктация аорты с признаками нарастания градиента на перешейке
- ;

умеренный стеноз клапана аорты, легочной артерии с признаками нарастания градиента давления
- ;

гемодинамически значимый открытый артериальный проток
- ;

большой дефект аортолегочной перегородки
- ;

аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии
- ;

гемодинамически значимый открытый артериальный проток у недоношенных
- ;

единственный желудочек сердца без стеноза легочной артерии
- ;

атриовентрикулярная коммуникация, полная форма без стеноза легочной артерии
- ;

атрезия трикуспидального клапана
- ;

большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок
- ;

тетрада Фалло
- ()

двойное отхождение сосудов от правого левого желудочка.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Стратификация беременных по степени акушерского риска
Современное направление организации акушерской помощи — дифференцированный подход, основанный на определении степени акушерского риска и маршрутизации беременной в учреждение соответствующего уровня.
Это позволяет сконцентрировать материальные и профессиональные ресурсы в определенном месте, обеспечить направление нуждающихся в них пациенток в эти учреждения, а также избежать необоснованных вмешательств у здоровых женщин.
С учетом медицинские организации, оказывающие помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, разделяются на три уровня (см. главу I).
структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами
Беременные с риском возникновения перинатальных осложнений
Определение риска на основе шкал с балльной оценкой — достижение второй половины XX в. Оно оказалось более значимо для прогноза исхода беременности, чем ВСЕ диагностические методы, включая УЗИ, допплерометрию, биофизический профиль плода, КТГ. Первые

подобные шкалы были разработаны в нашей стране в 70-е годы XX столетия О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой, и в период с 1981 по 2003 г. перинатальный риск определяли все отечественные ЖК.
После выхода приказа МЗ № 50 в 2003 г. балльная шкала риска перестала быть обязательным рабочим инструментом врача ЖК, но удобство пользования и повышенная точность делает многих врачей и исследователей ее сторонниками. Приказ № 572н вновь регламентировал обязательную балльную оценку перинатального риска, но выбор шкалы и дополнение ее передал на откуп региональным специалистам. Увы, надежды на такой подход не оправдались, и следующие нормативные документы представят обязательный компонент шкалы (базовый) с правом дополнять регионально значимыми факторами (например, удаленность от родовспомогательного учреждения).
Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. М.: Эксмо, 2009.
В настоящее время в приказе № 1130н нет регламента на балльную оценку перинатального риска, нет и в КР «Нормальная беременность» (2020), есть регламент на определение риска ПЭ, ПР и СЗРП по результатам скринига и другие осложнения по факторам риска. Но, как отмечено выше, ценность интегральной оценки риска осложненного течения беременности и родов выше, чем «профильных». Поэтому за неимением утвержденной мы рекомендуем модифицированную шкалу, хорошо зарекомендовавшую себя в стране с 1981 г. (приказ № 430).
имеет состав факторов риска и границы для понятий низкого, среднего и высокого рисков. В ЖК подсчитывают выявленных пренатальных факторов риска и определяют , которую используют для определения маршрутизации. В дальнейшем сумма баллов пренатальных факторов используется в качестве знаменателя в формуле вычисления — необходимого компонента стратегии риска в родах, позволяющего провести четкую числовую границу для своевременной смены акушерской тактики.
Модифицированная шкала риска*сумму баллов***группу рискаинтранатальногоприроста**
:
Пренатальные факторы*подразделяются на пять подгрупп*

- ;

социально-биологические
- ;

акушерско-гинекологического анамнеза
- ;

экстрагенитальных заболеваний
- ;

осложнений настоящей беременности
-

показатели биохимического скрининга.
().
Наиболее распространенная ошибка при подсчете баллов заключается в том, что врач игнорирует показатели, кажущиеся ему несущественными, считая, что они сами по себе незначительно влияют на перинатальные исходы. Однако общая сумма «незначительных» факторов может сама по себе составлять высокий риск табл. 4.2
Шкала факторов риска в модификации В.Е. Радзинского и соавт. (2020)
Таблица 4.2.

Факторы риска	**Оценка в баллах**
Социально-биологические	
Возраст матери менее 18 лет	2
Возраст отца 40 лет и более	2
Профессиональные вредности:	

- у матери

3

- у отца

3

Вредные привычки у матери:	

- курение одной пачки сигарет в день

2

- злоупотребление алкоголем

4

Вредные привычки у отца:	

- злоупотребление алкоголем

2

Семейное положение:	

- одинокая

1

Эмоциональные нагрузки	1
Рост и весовые показатели матери:	

- рост 158 см и менее

2

- масса тела на 25% выше нормы

2

Акушерско-гинекологический анамнез	
Паритет:	

- 4–7

1

- 8 и более

2

Фармакологический (медикаментозный) аборт, осложнившийся кровотечением	1
Хирургические аборты перед первыми предстоящими родами:	

- один

2

- два

3

- три и более

4	
Хирургические аборты перед повторными родами или после последних родов:	

- три и более

2	
Внутриматочные вмешательства	2
ПР:	

- одни

2

- двое и более

3	
Невынашивание, неразвивающаяся беременность:	

- один случай

3

- два случая и более

8	
Репродуктивные потери в анамнезе (без ВПР):	

- антенатальные

5

- интранатальные

10

- ранние неонатальные

10

- две перинатальные потери и более

20	
Аномалии развития у детей, рожденных ранее	3
Неврологические нарушения у детей, рожденных ранее	2
Масса доношенных детей до 2500 г, 4000 г и более	2
Бесплодие:	

- 2–4 года

2

- 5 лет и более

4	
Рубец на матке любого генеза	4
Опухоли матки и/или яичников	4
ИЦН, доброкачественные заболевания, деформация, перенесенная деструкция шейки матки	2
Пороки развития матки	3
Хронические воспалительные процессы придатков и осложнения после абортов и родов, внутриматочный контрацептив	3
ВБ	3
ВРТ:	

- ЭКО

1

- интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида

2

Экстрагенитальные заболевания матери

Сердечно-сосудистые:	

- пороки сердца без нарушения кровообращения

3

- пороки сердца с нарушением кровообращения

10

- хроническая АГ I–II–III стадии

2–8–12

- варикозная болезнь

2

- гипотензивный синдром

2	
Заболевания почек	4
Эндокринопатии:	

- заболевания надпочечников, нейрообменный эндокринный синдром

5–10

- СД

10

- заболевания щитовидной железы

7

- ожирение

2

Анемия:

- содержание Hb <90 г/л

4

- содержание Hb <100 г/л

2

- содержание Hb <110 г/л

1

Коагулопатии	2
Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, токсоплазмоз и др.)	3
Положительная реакция на волчаночный антикоагулянт	4

Осложнения беременности

Выраженный ранний токсикоз	2
Рецидивирующая угроза прерывания	2
ПЭ:	

- средней степени

4

- тяжелой степени

10

Эклампсия	25
Обострение заболевания почек при беременности	4
Острые инфекции при беременности, в том числе острые респираторно-вирусные	4
Сенсибилизация по Rh-фактору	10
АВ0-сенсибилизация	5
Многоводие	3
Маловодие	4
Тазовое предлежание плода	3
Многоплодие (на каждый плод, более одного)	5
Перенашивание беременности (после 294 дней)	10
Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3
Биологическая незрелость родовых путей в 41 нед беременности	4

Скрининг

β-ХГЧ:

- повышение содержания

3

- снижение содержания

4

PAPP-A:

- повышение содержания

2

- снижение содержания

3

Оценка состояния плода

ЗРП, степень:

- I

4

- II

10

- III

20

Нарушение кровотока по данным допплерометрии:

- II степени

8

- III степени

16

Оценка КТГ по шкале W.M. Fisher (баллы) при двух последовательных измерениях:

- 5–7

4

- 0–4

20

Общая сумма баллов пренатальных факторов (анамнестических факторов и факторов беременности)

Исходя из расчетов выделяют следующие степени риска:

- ;

высокую — 25 баллов и выше

- ;

среднюю — от 15 до 24 баллов

- .

низкую — до 15 баллов

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Данная шкала представлена в качестве примера, каждый регион вправе изменять ее в соответствии с местными условиями, а также строить собственную маршрутизацию в зависимости от групп риска.

Группы риска по развитию определенных акушерских осложнений

Осложнения беременности могут развиться у любой женщины, но достоверно чаще это происходит с беременными, имеющими .

определенные болезни и/или отягощенный анамнез (наличие факторов риска)

, поскольку это в определенной степени усложняет наблюдение и притупляет бдительность в отношении пациенток, не вошедших в эти группы, однако знать эти факторы необходимо, так же как и необходимо знать требования КР по данным осложнениям.

Формировать группы риска по каждой нозологии нецелесообразно

Группа риска возникновения преэклампсии

ПЭ — мультисистемное патологическое состояние, возникающее во вторую половину беременности (после 20 нед), характеризующееся

АГ в сочетании с протеинурией (≥3 г/л в суточной моче), нередко отеками и проявлениями полиорганной недостаточности.

По мере прогрессирования ПЭ клиническая картина может проявляться в виде различных симптомов, число которых после родоразрешения уменьшается, а у большинства женщин они исчезают полностью. Термин ПЭ объединяет ряд патологических состояний, характеризующихся полиорганной функциональной недостаточностью с нарушением функций почек и печени, сосудистой и нервной систем и фетоплацентарного комплекса.

В МКБ-10 выделяют различные виды гипертензивных расстройств при беременности:

- ();

O10 Хроническая АГ существовавшая ранее АГ, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

- ();

O11 ПЭ на фоне хронической АГ существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией

- ;

O12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии

- ();

O13 Гестационная АГ вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии

- ();

O14 ПЭ вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией

- ;

O14.0 ПЭ средней тяжести

- ;

O14.1 ПЭ тяжелая

- ;

O14.9 ПЭ неуточненная

-

O15 Эклампсия.

Используют также клиническую классификацию гипертензивных расстройств.

- ;

ПЭ и эклампсия

- ;

ПЭ и эклампсия на фоне хронической АГ

- ();

гестационная индуцированная беременностью АГ

- ();

хроническая АГ существовавшая до беременности

- ;

гипертоническая болезнь

- ()

вторичная симптоматическая АГ.

— В вероятном патогенезе ПЭ ведущими факторами являются эндотелиальная дисфункция, генерализованный спазм сосудов, гиповолемия, изменение реологических и коагуляционных свойств крови, нарушение микроциркуляции и водно-солевого обмена. Эти изменения вызывают гипоперфузию тканей и развитие в них дистрофии, вплоть до некроза.

У одной пациентки не может быть одновременно O12 и O13, ибо это уже 014 ПЭ!

Профилактика и своевременная диагностика ПЭ — важнейшая задача врача ЖК. ПЭ может развиваться у первородящих и физически здоровых женщин и становится наиболее частой причиной перинатальной смерти, а также стабильно входит в пятерку причин материнской смерти.

Факторы риска ПЭ см. в главе I.

Применение беременным с ПЭ категорически !

диуретиковпротивопоказано*Также ни в коем случае нельзя ограничивать потребление жидкости!*

Помимо общих факторов риска ПЭ выделяют группу высокого риска по ее развитию, для которой оправдана .

медикаментозная профилактика ацетилсалициловой кислотой

К группе высокого риска по развитию ПЭ относятся беременные:

- ;

с гипертензивными расстройствами во время предыдущей беременности

- ;

хроническими заболеваниями почек

- ();

аутоиммунными заболеваниями системная красная волчанка или АФС

- ;

диабетом 1-го или 2-го типа

-

хронической гипертензией.

Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендован ежедневный пероральный прием низких доз ацетилсалициловой кислоты (Аспирин®) (75–162 мг) начиная с 12-й недели и до родов.

В соответствии с приказом № 1130н в 11–14 нед осуществляется комплексный расчет индивидуального риска ПЭ на основании данных УЗ- и биохимического скрининга. Высокой группой риска считается риск 1/100 и выше (например, 1/70 или 1/50). В случае установления высокого риска ПЭ (1/100 и выше) определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом — акушером-гинекологом ЖК на основе КР. Беременная должна быть проконсультирована в акушерском дистанционном консультативном центре для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

В Российской Федерации нет зарегистрированных форм ацетилсалициловой кислоты, разрешенных к приему в I триместре, поэтому назначение допустимо только при информированном добровольном согласии пациентки.

Отечественные КР указывают также на , особенно у беременных с дефицитом его потребления. Рекомендованная дозировка — .

возможность профилактики ПЭ препаратами кальция1 г в день

На этапе прегравидарной подготовки или при первом визите беременной пациентки рекомендовано выделять группу риска ПЭ на основании факторов:

- ранняя и/или тяжелая ПЭ в анамнезе;
- хроническая артериальная гипертензия (ХАГ);
- многоплодие;
- СД;
- ожирение;
- АФС;
- беременность после ВРТ;
- поздний репродуктивный возраст;
- семейный анамнез ПЭ;
- продолжительность половой жизни до беременности менее 6 мес;
- первая беременность;
- хронические заболевания почек;
- заболевания соединительной ткани;
- мутация фактора Лейдена.

Оптимальный скрининг на ПЭ включает калькуляцию риска на основании оценки факторов риска, измерения среднего АД, ПИ в маточных артериях и определения плацентарного фактора роста (PlGF) (например, калькулятор риска ПЭ, созданный Фондом фетальной медицины The Fetal Medicine Foundation). При отсутствии возможности определения PlGF скрининга на ПЭ включает калькуляцию риска на основании оценки факторов риска, измерения среднего АД и ПИ в маточных артериях. PlGF является лучшим, но пока еще малодоступным биохимическим маркером. При высоком риске ПЭ низкие значения этого маркера свидетельствуют о высоком риске ранней ПЭ, часто в сочетании с ЗРП (частота ложноположительных результатов составляет 9%).
Для подтверждения диагноза ПЭ также возможно определять соотношение ангиогенных факторов растворимой fms-подобной тирозинкиназы (sFlt)/PlGF, что является надежным, но пока еще малодоступным методом исследования. Соотношение sFlt/PlGF <38 исключает развитие ПЭ в течение 7 дней. При сроке беременности <34 нед соотношение sFlt/PlGF >85, а в сроке беременности >34 нед соотношение sFlt/PlGF >110 указывает на высокую вероятность развития ПЭ. Однако эти показатели не универсальны, возможны и другие пороговые значения соотношения sFlt/PlGF, разработанные лабораториями или предоставленные компаниями-разработчиками.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ :
рекомендовано

- назначить ежедневный самостоятельный мониторинг АД на протяжении всей беременности;
- направлять беременную пациентку на УЗИ плода при сроке беременности 11,0–13,6 нед в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для определения срока беременности, скрининга I триместра, диагностики многоплодной беременности;
- измерить ПИ в маточных артериях во время УЗИ I триместра для предикции ранней ПЭ;
- направлять беременную пациентку группы высокого риска ПЭ на УЗИ плода при сроке беременности 30–34 нед и на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока во время второго УЗИ (при сроке беременности 18–20 нед) и в III триместре беременности (при сроке беременности 30–34 нед);
- дать рекомендации по отказу от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость;
- аэробные упражнения 3–4 раза в неделю по 45–90 мин, что связано с меньшей прибавкой массы тела и снижением риска развития АГ;
- при низком потреблении кальция (менее 600 мг/сут) рекомендовано назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/сут;
- назначить пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12 нед беременности до 36 нед беременности по 150 мг/сут.

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ для профилактики ПЭ производные прегнина, магния сульфат, фолиевая кислота, диуретики, препараты группы гепарина, витамин Е и аскорбиновая кислота, рыбий жир из печени тресковых рыб, экстракт чеснока (биологически активные добавки), ограничение соли (оптимальная доза потребления соли в сутки 4 г).
не рекомендованы
Отеки
Повышенная гидрофильность тканей обусловливает чрезмерное нарастание массы тела беременной при дефиците выделенной жидкости (положительный водный баланс), увеличении объема конечностей. При быстром нарастании отеки могут считаться признаком ПЭ, если они сопровождаются протеинурией.
Отсутствие видимых отеков не всегда свидетельствует о благополучии. Существуют так называемые скрытые отеки. На их появление указывает быстрое нарастание массы тела больной.
С целью оценки водного баланса необходимо подсчитывать количество жидкости, потребляемое женщиной, и суточное выделение мочи. Его самостоятельно контролирует беременная: выпито 1200 мл — выделено 900 мл = положительный; выпито 1200 мл — выделено 1300 мл = отрицательный. Женщина может использовать еженедельное взвешивание, оценку симптома кольца. Задержка жидкости — всегда не трагичный, но тревожный симптом.
Лечение отеков при отсутствии протеинурии и гипертензии заключается в назначении белковой бессолевой (дискуссионно) диеты и, как правило, не требует госпитализации. Но необходимо исключить наличие ПЭ и экстрагенитальных заболеваний, симптомом которых могут быть отеки. Обследование, как правило, проводят в амбулаторных условиях или в дневном стационаре.
Обязателен контроль АД, возможно — самостоятельный, чтобы не пропустить момент перехода отеков в ПЭ.
Признаки тяжелой ПЭ:

- ();

тяжелая гипертензия диастолическое АД более или равно 110 мм рт.ст., систолическое АД более или равно 160 мм рт.ст.

- ;

уровень суточной протеинурии превышает 5 г/л: протеинурия 5,0 г/л в суточной пробе мочи или >3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 ч

- ;

устойчивые головные боли, рвота или другие церебральные или зрительные расстройства

- ();

нарушение функций почек олигурия <500 мл/сут, повышение уровня креатинина

- ;

острое повреждение легких/острый респираторный дистресс-синдром, отек легких

- ;

отек диска зрительного нерва

- ();

нарушение функций печени повышение ферментов аланинаминотранферазы, аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы

- ();

боли в эпигастрии/правом верхнем квадранте живота перерастяжение капсулы печени, интестинальная ишемия вследствие нарушения кровообращения

- ;

тромбоцитопения и/или ее прогрессирование

- ;

внезапно появившиеся и/или нарастающие отеки на руках, ногах или лице

- ();

признаки страдания плода ЗРП, маловодие, признаки дистресса по КТГ, ареактивный тест, антенатальная гибель плода

- ().

HELLP-синдром Haemolysis, Elevation of Liver enzymes, Low Platelet count — гемолиз, повышенная активность ферментов печени, тромбоцитопения
Протеинурия
«Золотым стандартом» для диагностики протеинурии является количественное определение белка в суточной порции мочи. Для оценки истинного уровня протеинурии необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы.
АГ в период беременности, сопровождающаяся протеинурией, должна рассматриваться как ПЭ, пока не доказано противоположное.

Критерии тяжести преэклампсии
Выделяют умеренную и тяжелую ПЭ.
При умеренной ПЭ показана госпитализация в отделение патологии беременных учреждения третьего уровня, возможно наблюдение в амбулаторных условиях (или дневного стационара) только при возможности быстрой госпитализации в стационар.
Критерии умеренной ПЭ:

- ;;

АГ систолическое АД 140–159 мм рт.ст. или диастолическое АД 90–109 мм рт.ст., возникшие при сроке беременности >20 нед у женщины с нормальным исходным АД

- ().

протеинурия ≥0,3 г/л белка в суточной пробе мочи или >0,3 г/л в 2 порциях мочи, взятых с интервалом в 6 ч, но <5 г/сут или <3 г/л в 2 порциях мочи, взятых с интервалом в 6 ч КР «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде», 2021
Диагноз «умеренная ПЭ» возможен только после исключения признаков тяжелой ПЭ.
Появление или нарастание перечисленных выше симптомов на фоне любой формы АГ во время беременности свидетельствует о тяжелой ПЭ и требует срочной госпитализации в стационар третьего уровня. Инфузия: только магния сульфат 25%: 4,0 г сухого вещества болюсно и далее по 1,0 г в час через инфузомат или на 0,9% растворе натрия хлорида на все время транспортировки в стационар.
При отсутствии лечения тяжелая ПЭ может прогрессировать за достаточно короткое время.
К клинической картине присоединяются симптомы, указывающие на нарушение функций центральной нервной системы: больные жалуются на головную боль, боли в эпигастральной области, нарушение зрения, тошноту и рвоту — признаки гипертензивной энцефалопатии.
Происходит нарастание всех симптомов: АД повышается до 160/110 мм рт.ст. и более, нарастает азотемия, гипоксия, развивается выраженный ацидоз, ухудшаются функции всех жизненно важных органов, снижается маточно-плацентарный кровоток, прогрессируют нарушения свертываемости крови. Любой раздражитель может привести к развитию судорожного припадка.
— самая опасная стадия процесса, характеризующаяся быстрым нарастанием мозговых симптомов и появлением судорожных припадков.
Опасность приступа эклампсии — возможность кровоизлияния в мозг или другие жизненно важные органы, в связи с чем возможны полиорганная недостаточность и летальный исход. Развитию эклампсии предшествуют симптомы, которые свидетельствуют о значительном раздражении центральной нервной системы.
Эклампсия
Исходами тяжелых форм ПЭ и эклампсии могут стать:

- ;

сердечная недостаточность, сопровождающаяся отеком легких

- ;

тромбозы, отек мозга, кома

- ;

синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания с нарушением кровоснабжения жизненно важных органов и кровотечениями

- ;

печеночная недостаточность

- ;

почечная недостаточность

- ;

острый респираторный дистресс-синдром

- ;

кровоизлияние и отслойка сетчатки глаза

- ;

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- ;

гипоксия, гипотрофия, антенатальная гибель плода

- .

ПР

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Артериальная гипертензия
Критериями диагноза АГ являются систолическое АД 140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД 90 мм рт.ст., определенное как среднее в результате как минимум двух измерений на одной руке через 15 мин.
Скрытая АГ определяется, когда при офисном измерении регистрируются нормальные показатели АД (систолическое <140 мм рт.ст., диастолическое <90 мм рт.ст.), но при измерении дома регистрируется АД систолическое 135 мм рт.ст., диастолическое 85 мм рт.ст.).
В сомнительной ситуации желательно суточное мониторирование АД. При регистрации диастолического АД более 110 мм рт.ст. достаточно однократного измерения (табл. 4.3).
Классификация степени повышения артериального давления у беременных
Таблица 4.3.

	Категории АД		**Систолическое АД, мм рт.ст.**	**Диастолическое АД, мм рт.ст.**
Нормальное АД	<140	и	<90	
Умеренная АГ	140–159	и/или	90–109	
Тяжелая АГ	160	и/или	110	

При ручном измерении АД необходимо соблюдать следующие правила.

- ().

Наиболее точные показания дает ртутный сфигмоманометр по нему должны быть откалиброваны все используемые аппараты

- ()

Измерение проводят в положении сидя, поза должна быть удобной для женщины, не вызывать напряжения, рука должна находиться на столе на уровне сердца. Нижний край стандартной манжеты ширина 12–13 см, длина 35 смдолжен быть на 2 см выше локтевого сгиба. Размер манжеты должен соответствовать размеру руки.

- ;().

Момент появления первых звуков соответствует I фазе тонов Короткова и показывает систолическое АД диастолическое АД рекомендуют регистрировать в фазу V тонов Короткова прекращение

- ()

АД измеряют в состоянии покоя после 5-минутного отдыха 2 раза с интервалом не менее 1 мин; при разнице, равной или более 5 мм рт.ст., производят одно дополнительное измерение, при этом два последних значения усредняются.

- ;

АД измеряют на обеих руках если оно разное, то ориентируются на более высокие значения.

-

У пациенток, страдающих СД, АД можно измерять в положении лежа.

-

Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт.ст.
— повышение уровня АД ≥140/90 мм рт.ст., определяемое до наступления беременности или до 20-й недели ее развития. , диагностированная после 20-й нед гестации и не исчезнувшая в течение 12 нед после родов, также классифицируется как существовавшая ранее АГ, но уже ретроспективно.
Хроническая артериальная гипертензияАГ
В группу , помимо гипертонической болезни симптоматической АГ, входят:
хроническойартериальной гипертензии

- — повышение АД при офисных измерениях (АД ≥140/90 мм рт.ст.), АД <140/90 мм рт.ст. при самостоятельном (домашнем) измерении или при суточном мониторировании АД (среднесуточное АД <135/85 мм рт.ст.);

гипертензия «белого халата»

- — АД <140/90 мм рт.ст. при офисном измерении и АД ≥140/90 мм рт.ст. при самостоятельном (домашнем) измерении или при суточном мониторировании АД (среднесуточное АД ≥135/85 мм рт.ст.).

маскированная артериальная гипертензия

АГ является результатом общих нарушений в организме, симптомом общего заболевания, когда изменяется тонус не только сосудов, но и других органов. АГ неблагоприятно влияет на течение беременности и родов, развитие плода и новорожденного. Наиболее частыми осложнениями во время беременности являются ПЭ и преждевременное рождение.

На догоспитальном этапе необходимо выполнить следующий объем медицинской помощи.

- *Оценить тяжесть ПЭ: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.*
- *Обеспечить венозный доступ: катетеризировать периферическую вену.*
- ()()()

Ввести магния сульфат 25% 16 мл 4 г сухого вещества внутривенно медленно за 10–15 мин, затем 44 мл на 0,9% изотоническом растворе натрия хлорида со скоростью 1 г/ч в пересчете на сухое вещество.

- *При АД выше 140/90 мм рт.ст. — антигипертензивная терапия: метилдопа, нифедипин перорально.*
- *При судорогах — обеспечение проходимости дыхательных путей.*
- *При эвакуации пациентки с ПЭ/эклампсией линейной бригадой скорой медицинской помощи необходимо заранее оповестить об этом акушерский стационар.*

Частота гипертензивных состояний у беременных колеблется в различных регионах России от 7 до 29%. Кроме того, АГ во время беременности относят к факторам риска дальнейшего прогрессирования заболевания после родов и развития ишемической болезни сердца. Выделяют первичную АГ (эссенциальную, идиопатическую, гипертоническую болезнь) и симптоматическую АГ. АГ вызывает функциональные и морфологические изменения сосудов, связанные с сужением их просвета. При этом в ранние сроки беременности возникают нарушения в плацентарном ложе, что впоследствии может приводить к плацентарной недостаточности, гипоксии и гипотрофии плода. АГ повышает опасность преждевременной отслойки плаценты, потенцируя развитие ПЭ с характерными осложнениями для плода и матери.

При АГ возможны следующие осложнения: гипоксия плода и асфиксия новорожденного (около 30%), недоношенные дети (17%), дети с гипотрофией I–II степени (26%).

Для скрининга АГ во время беременности на каждом приеме проводят измерение АД.

Показания к суточному мониторированию АД у беременных см. в главе I.

При регистрации диастолического АД более 110 мм рт.ст. достаточно однократного измерения.

Профилактика осложнений заключается в нормализации АД.

В качестве дополнительных исследований проводят:

- ;

определение суточного белка в моче

- ;

определение уровня триглицеридов

- ( );

определение электролитов крови Ca^{2+}, Mg^{2+}

- ;

гемостазиограмму

- ();

эхокардиографию по назначению кардиолога

- ();

консультацию кардиолога терапевта

- *консультацию нефролога.*

Частота осложнений в большей степени определяется течением гипертонической болезни. По мере нарастания тяжести основного заболевания увеличивается частота таких осложнений беременности, как самопроизвольный выкидыш и ПР. В структуре осложнений беременности при гипертонической болезни наиболее высок удельный вес ПЭ, которая проявляется с 24-й недели беременности. Как правило, ПЭ при этом протекает крайне тяжело, плохо поддается терапии и повторяется при последующих беременностях. Большая частота ПЭ при гипертонической болезни обусловлена общностью патогенетических механизмов нарушения регуляции сосудистого тонуса и деятельности почек. К одним из тяжелых осложнений беременности относится преждевременная отслойка плаценты. Нарушения функции плаценты приводят к гипоксии, гипотрофии и даже гибели плода.

гипертонической болезни включает в себя создание для больной психоэмоционального покоя, строгое выполнение режима дня, диету, медикаментозную терапию и физиотерапию.

Терапия

Основными лекарственными средствами, используемыми в настоящее время для лечения АГ в период беременности, являются:

- метилдопа;
- нифедипин;
- метопролол.

При наличии показаний возможно использование верапамила, клонидина, амлодипина.

При беременности противопоказаны ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина II, спиронолактон, антагонисты кальция дилтиазем и фелодипин.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

(табл. 4.4).

При беременности не рекомендованы атенолол, празозин

Основные препараты для плановой терапии артериальной гипертензии у беременных (дополнено в соответствии с Клиническими рекомендациями «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде», 2021)

Таблица 4.4.

	Препарат		**Форма выпуска; дозы, способ применения**	**Примечание**
Метилдопа	Таблетки 250 мг; 250–500 мг — 2000 мг в сутки, в 2–3 приема (средняя суточная доза 1000 мг, максимальная суточная доза 3000 мг)	Препарат первой линии. Наиболее изученный антигипертензивный препарат для лечения АГ в период беременности		
Нифедипин	Таблетки пролонгированного действия — 20 мг, таблетки с модифицированным высвобождением — 30/40/60 мг; средняя суточная доза 40–90 мг в 1–2 приема в зависимости от формы выпуска, максимальная суточная доза — 120 мг внутривенно, инфузионно, в течение примерно 4–8 ч (со скоростью 6,3–12,5 мл/ч, что соответствует 0,63–1,25 мг/ч). Максимальная доза препарата, вводимого в течение 24 ч, не должна превышать 150–300 мл (что соответствует 15–30 мг/сут)	Наиболее изученный представитель группы гипотензивных препаратов, рекомендован для применения у беременных во всех международных рекомендациях в качестве препарата первой или второй линии при АГ беременных. Для плановой терапии нельзя применять короткодействующие формы (10 мг). Показан пациенткам старше 18 лет		

Метопролол	Таблетки 25/50/100/200 мг; по 50–100 мг 1–2 раза в сутки, максимальная суточная доза — 200 мг	Препарат выбора среди β-адреноблокаторов. Показан пациенткам старше 18 лет, с соотношением пользы и риска
Амлодипин	Таблетки 5/10 мг; прием по 5–10 мг 1 раз в день внутрь, максимальная суточная доза 10 мг	Блокатор «медленных» кальциевых каналов. Показан пациенткам старше 18 лет
Клонидин	Таблетки 0,15 мг; прием по 0,075–0,15 мг 2–3 раза в день во время или после приема пищи	Антигипертензивный препарат центрального действия. Показан пациенткам старше 18 лет, с соотношением пользы и риска

Физиотерапевтические процедуры включают в себя электросон, индуктотермию области стоп и голеней, диатермию околопочечной области. Хороший эффект оказывает гипербарическая оксигенация.
Антигипертензивная терапия рекомендована при АД >140/90 мм рт.ст. в любом сроке беременности. У беременных с исходно низким АД возможно назначить антигипертензивную терапию при АД >130/85 мм рт.ст.
При антигипертензивной терапии рекомендовано считать целевым (безопасным для матери и плода) уровень систолического АД 130–150 мм рт.ст., диастолического АД 80–95 мм рт.ст.
При ХАГ и показателях систолического АД ≥160 мм рт.ст. и/или диастолического АД ≥110 мм рт.ст. рекомендована двух-трехкомпонентная антигипертензивная терапия. При резистентной АГ возможно дополнительное назначение нифедипина пролонгированного действия, метопролола или клонидина. Нифедипин может вызвать выраженное снижение АД, драматическое снижение плацентарного кровотока и, соответственно, критическое состояние плода. Поэтому при лечении нифедипином необходим контроль АД 3 раза в день во избежание гипотензии у беременной, а сублингвальное применение препарата противопоказано.
При резистентной АГ рекомендован α-адреноблокатор урапидил, который разрешен с осторожностью при беременности, но запрещен в послеродовом периоде на фоне грудного вскармливания.
Особое внимание следует уделять предотвращению резкого падения АД, которое может вызвать осложнения у матери или плода в результате падения ниже критических порогов перфузии. Повышенное АД следует снижать до уровня систолического АД 130–140 мм рт.ст., диастолического АД 80–90 мм рт.ст. со скоростью 10–20 мм рт.ст. каждые 10–20 мин.
Группа риска по невынашиванию беременности
Важность невынашивания беременности определяется его социальной значимостью и большим удельным весом в комплексе факторов, определяющих снижение рождаемости в стране. В кризисной демографической ситуации, характерной для современной России, ежегодно прерывается 15–20% желанных беременностей — в итоге в стране не рождается до 200 000 желанных детей. Факторы, которые следует учитывать при оценке риска ранних потерь беременности, определены в КР «Выкидыш (самопроизвольный аборт)» (2021), «Привычный выкидыш» (2022) и «Истмико-цервикальная недостаточность» (2021).
Распространенность ПВ в популяции составляет 1–5%. В структуре невынашивания ПВ составляет около 25%. Согласно определению ВОЗ, ПВ считают наличие в анамнезе прерываний трех (2022 —) беременностей и более сроком до 22 нед, следующих подряд. Отечественные эксперты тоже считают, что двух последовательных выкидышей достаточно для того, чтобы супружескую пару определили в категорию семей с привычным невынашиванием.
двух
В МКБ-10 выделяют:

- O26.2 Медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности;
- N96 Привычный выкидыш.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

():
Классификация ПВ КР «Привычный выкидыш», 2022

- ;

первичный ПВ — выкидыши происходят начиная с первой беременности, в анамнезе нет родов
- ;

вторичный ПВ — выкидыши происходят после как минимум одних родов
-

третичный ПВ — выкидыши предшествуют выношенной беременности, а затем вновь происходят после родов.
Иногда самопроизвольное прерывание беременности не удается ни распознать, ни зарегистрировать: это происходит на малом сроке беременности, когда задержки менструации может и не быть. В общей статистике самопроизвольных прерываний до 70% выкидышей , чем беременность может быть распознана клинически. Если задержку очередной менструации уже удалось установить и получен положительный тест на беременность, репродуктивных потерь . В этом случае шансы на благополучный исход резко возрастают: 80% беременностей прогрессируют, самопроизвольно прерывается только каждая пятая.
происходятраньше«первичный фильтр»можно считать пройденным
Риск повторного выкидыша после первого выкидыша составляет 13–17%, что соответствует частоте выкидыша в популяции, тогда как после двух предшествующих выкидышей риск выкидыша возрастает более чем в 2 раза и составляет 36–38%. Прогноз вынашивания беременности зависит от возраста женщины и наличия родов в анамнезе: у рожавших женщин риск выкидыша ниже (табл. 4.5, 4.6).
Риск выкидыша, возраст матери и число выкидышей в анамнезе, %
Таблица 4.5.

Число выкидышей в анамнезе	**Возраст женщины**			
	25–29 лет	**30–34 года**	**35–39 лет**	**40–44 года**
1	15	16–18	21–23	40
2	22–24	23–26	25–30	40–44
≥3	40–42	38–40	40–45	60–65

Риск потери беременности в зависимости от наличия родов в анамнезе, %
Таблица 4.6.

Число выкидышей в анамнезе	**Риск повторного выкидыша**	
	Одни роды в анамнезе	**Нет родов в анамнезе**
0	11–13	11–13
1	13–17	13–17
2	26	36–38
3–4	32	40–45
≥5	53	53–56

Возможные этиологические факторы
На протяжении всего времени изучения этой проблемы было подтверждено множество причин, которые могут приводить к потере беременности.
:
Генетические факторы **(** *3–6%***)** *наследственные заболевания, хромосомные нарушения, дефект одного гена, нарушения, связанные с Х-хромосомой, многофакторные причины.*
().
Наиболее достоверной причиной привычного невынашивания беременности на раннем сроке признаны хромосомные нарушения. Хромосомные нарушения могут приводить к нарушению беременности уже с момента гестации, хотя чаще всего выкидыши происходят на сроках до 11 нед беременности. До 6 нед беременности частота хромосомных нарушений составляет 70%, в 6–10 нед — 45% и до

20 нед — 20%. При генетическом исследовании выявляют различные варианты хромосомных аберраций трисомия, моносомия, транслокация и др. Большинство хромосомных нарушений наследственно не обусловлены и возникают в гаметогенезе родителей или на ранних стадиях деления зиготы. Повторные выкидыши, как правило, происходят на одной и той же стадии беременности.
:()[()()]
Анатомические причины **(** *10–16%* **)** *врожденные аномалии развития однорогая матка, удвоение матки и влагалища, двурогая матка, частичная или полная внутриматочная перегородка, приобретенные анатомические дефекты внутриматочные синехии синдром Ашермана, гипоплазия эндометрия «тонкий эндометрий», субмукозная миома матки, ИЦН.*
:();[()]
Эндокринные причины **(** *12–15%* **)** *недостаточность лютеиновой фазы должна быть верифицирована гистологически СПКЯ гиперсекреция лютеинизирующего гормона ЛГ; нарушения функции щитовидной железы; СД; гиперандрогенные состояния; расстройства секреции пролактина. Выкидыши, обусловленные эндокринными причинами, чаще всего случаются на сроках до 10 нед беременности.*
При выраженной гипофункции щитовидной железы, как правило, возникает бесплодие, а при легких формах — невынашивание беременности. При гиперфункции щитовидной железы невынашивание встречается не чаще, чем в популяции. При тяжелой форме гипертиреоза беременность противопоказана.
Инфекционные факторы **(** *10–15%* **):**

- ;

бактериальные
- ;

вирусные
- ;

паразитарные
- ;

зоонозные
- .

грибковые

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

()
Одной из частых причин невынашивания и недонашивания беременности являются латентно протекающие инфекционные заболевания: хронический тонзиллит, TORCH-комплекс токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирусная и герпесвирусная инфекции, хронические воспалительные заболевания женских половых органов, особенно вирусные.
:()
Иммунологические факторы **(** *до 15%* **)** *гуморальные механизмы; антинуклеарные антитела, антифосфолипидные антитела; антиспермальные антитела; антитрофобластические антитела; дефицит блокирующих антител. Клеточные механизмы: TH1-клеточный иммунный ответ на антигены непродуктивного процесса эмбрио- и трофобласттоксические факторы/цитокины; TH2-дефицит цитокинов, факторов роста и онкогенов; дефицит супрессорных факторов и клеток; экспрессия антигенов главного комплекса гистосовместимости. Аутоиммунные процессы нарушают течение беременности, как правило, после 10 нед.*
Как известно, плод состоит из отцовских, материнских и своих собственных антигенов, в связи с этим он проявляет семиаллогенные свойства по отношению к материнскому организму.
В России одной из основных причин невынашивания беременности является перенесенное выскабливание матки и хронический метроэндометрит в результате повреждения кюреткой не только функционального, но и базального слоев. Внедрение в практику медикаментозных методов прерывания беременности, завершения неполного выкидыша или опорожнения матки от неразвивающейся беременности является профилактикой привычного невынашивания и недонашивания.
:
Защиту плода от агрессии иммунной системы матери осуществляют следующие механизмы

- ;

иммунные/воспалительные клетки
- ;

цитокины/факторы роста гормоны
- ;

отсутствие обоих классов молекул главного комплекса гистосовместимости
- ();

экспрессия классических лейкоцитарных антигенов HLA, E, F, G
- ;

экспрессия белков, регулирующих комплемент
- ;

система fas-лиганд/fas-рецептор
-

системная иммуносупрессия.
Как аутоиммунные, так и аллоиммунные механизмы могут лежать в основе привычного невынашивания беременности.
Аутоиммунные механизмы. Из всех иммунологических теорий, предложенных для объяснения причины привычного невынашивания беременности, только одна представляется наиболее достоверной — это теория АФС.
γ
Аллоиммунные механизмы. Суть гипотезы заключается в том, что плод может выступать в качестве мишени для локальной клеточной иммунной реакции, кульминацией которой является прерывание беременности. Конкретнее: у женщин, страдающих привычным невынашиванием, антигены трофобласта активизируют макрофаги и лимфоциты, что приводит к индукции клеточного иммунного ответа, регулируемого цитокинами TH1-клеток — INF- и TNF. Это, в свою очередь, приводит к прекращению роста и развития эмбриона и/или функционирования трофобласта. Так, повышенные уровни TNF и интерлейкина-2 в периферической крови обнаруживаются только у женщин с невынашиванием беременности, но не у женщин с нормальной репродуктивной функцией.
Другие факторы:

- ;

влияние внешней среды
- ;

прием некоторых лекарственных препаратов
- ;

аномалии плаценты
- ;

соматические заболевания
- ;

болезни сердечно-сосудистой системы, заболевания почек
- ;

гематологические заболевания
- ().

мужские факторы нарушения сперматогенеза, прежде всего вследствие урогенитальных инфекций
Другие факторы могут приводить к прерыванию беременности в любом триместре.
(),()
При отсутствии выявленных факторов выделяют идиопатический ПВ 15–50% к которому также относят аллоиммунный ПВ 5–10%.
Диагностика
Обследование любой женщины с привычным невынашиванием беременности на прегравидарном этапе или при первом визите во время беременности должно начинаться с подробного сбора анамнеза. Следует обращать внимание на наличие перенесенных гинекологических заболеваний и хирургических вмешательств, профессиональных вредностей и привычных интоксикаций.
Для всех обратившихся женщин обязательно определение риска неразвивающейся беременности.
Факторы риска неразвивающейся беременности:

- ;

высокая частота искусственных абортов, особенно прерывание первой беременности в подростковом возрасте

- ;

два самопроизвольных аборта и более

- ;

гинекологические заболевания, прежде всего воспалительные

- ()

хронические экстрагенитальные заболевания, особенно эндокринные нарушения в частности, болезни щитовидной железы.

Тщательно изучается история каждой беременности. При изучении истории беременностей отмечают:

- самостоятельно ли наступали беременности, общее число беременностей;
- как протекали беременности;
- какие лекарственные препараты принимала женщина (особенно в ранние сроки);
- на каком сроке происходило прерывание беременности;
- были ли попытки сохранить беременность;
- результаты анализов и дополнительных методов исследования, проводившихся во время беременности;
- результаты исследования соскоба остатков плодного яйца и/или цитогенетического исследования.

Физикальное обследование включает измерение роста, массы тела, АД, выявление общих признаков метаболических нарушений (акне, гирсутизм, стрии, негроидный акантоз, галакторея). Проводятся специальное гинекологическое обследование и УЗИ органов малого таза.

В зависимости от предполагаемого генеза невынашивания показаны консультации специалистов:

- врача-генетика;
- врача-терапевта;
- врача-эндокринолога.

Диагностика (Клинические рекомендации «Привычный выкидыш», 2022) на прегравидарном этапе

Ниже даны рекомендации по проведению диагностики.

- По назначению врача-генетика исследование кариотипа супругов. Частота сбалансированных хромосомных перестроек (транслокаций, инверсий) в популяции составляет 0,3–0,6%, у пар с ПВ достигает 6–7%. При наличии у одного или обоих партнеров сбалансированных хромосомных перестроек прогноз для потомства будет зависеть от вида хромосомной перестройки и пола носителя. Риск ХА для плода может колебаться от 1 до 100%.
- Определение содержания антител к кардиолипину в крови, β-2-гликопротеину в крови, определение волчаночного антикоагулянта в крови с целью диагностики АФС. Исследование должно быть выполнено дважды с интервалом в 12 нед. Лабораторным критерием диагностики АФС является повторное позитивное значение одного из маркеров АФС.
- Исследование уровня ТТГ и определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови с целью диагностики гипотиреоза или гипертиреоза, аутоиммунного тиреиодита. Манифестная форма гипертиреоза и гипотиреоза ассоциированы с повышенной частотой ПВ. Достигнут консенсус в отношении того, что значения ТТГ >2,5 МЕ/л находятся за пределами нормы.
- Направление пациентки с ПВ и признаками гиперпролактинемии (олиго- и/или аменорея, галакторея) на исследование уровня пролактина в крови с целью диагностики гиперпролактинемии. Рутинное исследование уровня пролактина в крови пациенткам с ПВ не показано.
- Определение уровня глюкозы в крови с целью диагностики СД. Декомпенсированный СД — одна из причин ПВ.
- Проведение общего (клинического) анализа крови и исследование уровня ферритина в крови с целью диагностики анемии и железодефицитного состояния. Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска ранних потерь беременности и негативных перинатальных исходов. Показана обратная корреляция уровня ферритина в сыворотке крови женщин и числа потерь беременностей на ранних сроках.
- Микроскопическое исследование влагалищных мазков с целью диагностики инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний.
- Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители ИППП (, , ,).

Наличие возбудителей ИППП увеличивает риск выкидыша при наступлении беременности.

NeisseriagonorrhoeaeTrichomonas vaginalisChlamydia trachomatisMycoplasma genitalium

- Направление партнера пациентки на исследование спермограммы с целью уточнения причин ПВ. Обследование пары по поводу ПВ должно быть начато у мужчин и женщин одновременно. Обследование мужчин проводит врач-уролог, руководствуясь КР, разработанными Российским обществом урологов.
- Молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в факторе свертывания крови V), определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора свертывания крови II, определение активности протеина S в крови с целью диагностики наследственной тромбофилии.
- Направление пациентки с идиопатическим ПВ, повторными неудачами имплантации после переноса эмбриона в программах ВРТ и/или УЗ-признаками хронического эндометрита на исследование эндометрия для определения экспрессии поверхностного антигена плазматических клеток CD138;

иммуногистохимическое

- Проведение УЗИ матки и придатков в раннюю фолликулярную и секреторную фазы цикла с целью выявления болезней внутренних половых органов, определения толщины эндометрия. Предпочтительным диагностическим методом оценки состояния матки является УЗИ (3D-УЗИ), по показаниям может быть назначена гистероскопия.
- Направление пациентки с ПВ неясного генеза на гистеросальпингографию (ГСГ) с целью выявления аномалий развития матки и образований в полости матки (субмукозная миома, полипы, внутриматочные синехии). С целью оценки аномалий развития матки и образований в полости матки возможно выполнение контрастной эхогистеросальпингоскопии, хотя диагностика генитального туберкулеза возможна только при ГСГ. Магнитно-резонансная томография органов малого таза используется по показаниям для диагностики пороков развития внутренних половых органов, новообразований, распространенных форм эндометриоза, оценки состоятельности рубца на матке.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Не рекомендовано:

- рутинно направлять пациентку с ПВ на исследование уровня андрогенов в крови. Обследование на андрогены (исследование уровня общего тестостерона, глобулина, связывающего половые гормоны, индекса свободных андрогенов, 17-гидроксипрогестерона в крови) проводится при наличии признаков СПКЯ или клинических проявлений гиперандрогении (алопеция, акне, гирсутизм, олигоменорея, аменорея);
- проводить исследование уровня прогестерона в крови в II фазе менструального цикла с целью уточнения причины ПВ. Уровень прогестерона в II фазе менструального цикла отличается вариабельностью, так как секреция данного гормона имеет циклический характер и может изменяться до 7 раз с интервалом в 7 ч. Уровень прогестерона ≥10 нг/мл может подтверждать факт произошедшей овуляции, но не является достоверным признаком отсутствия НЛФ, что создает трудности в интерпретации результатов. В связи с рекомендуемым назначением гестагенов пациенткам с ПВ нет необходимости в определении прогестерона вне беременности для выявления НЛФ;
- проводить рутинное иммунологическое и иммуногенетическое исследования с целью уточнения причины ПВ. Исследования аллоиммунных факторов, таких как соотношение Th1-/Th2-лимфоцитов или Т4-/Т8-лимфоцитов, анализ содержания NK-клеток в периферической крови и децидуальной ткани, исследование цитотоксичности NK-клеток, функциональной активности лимфоцитов, молекулярно-генетическое исследование с определением неклассических кластеров HLA или рецепторов семейств KIR, а также типирование HLA, определение антиспермальных, антинуклеарных, анти-HLA антител, уровней цитокинов и их полиморфизмов, женщинам с ПВ без признаков аутоиммунного заболевания на настоящий день не имеют доказательной базы. Обследование на аллоиммунные и редкие аутоиммунные факторы ПВ возможно в специализированных центрах, имеющих опыт работы с парами с идиопатическим ПВ;
- рутинно проводить биопсию эндометрия.

Диагностика (Клинические рекомендации «Привычный выкидыш», 2022) во время беременности

Рекомендовано при первом визите во время беременности:

- определение в крови содержания антител к кардиолипину, β-2-гликопротеину, волчаночного антикоагулянта с целью диагностики АФС. Исследование должно быть выполнено дважды с интервалом в 12 нед. Лабораторным критерием диагностики АФС является повторное позитивное значение одного из маркеров АФС;
- исследование уровня ТТГ и определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови с целью диагностики гипотиреоза или гипертиреоза, аутоиммунного тиреиодита. Достигнут консенсус в отношении того, что значения ТТГ >2,5 МЕ/л находятся за пределами нормы;

- микроскопическое исследование влагалищных мазков с целью диагностики инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний;
- молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей ИППП (, , ,); *N.gonorrhoeaeT. vaginalisC. trachomatisM. genitalium*
- молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в факторе свертывания крови V), определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора свертывания крови II, определение активности протеина S в крови с целью диагностики наследственной тромбофилии.

УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрия) с 15–16-й до 24-й недели беременности с кратностью 1 раз в 1–2 нед с целью своевременной диагностики ИЦН.
Рекомендовано также
Длина шейки матки ≤25 мм до 34-й нед беременности является прогностическим фактором ПР. В 20 нед беременности длина шейки матки ≤25 мм ассоциирована с повышением риска ПР в 6 раз. До 34-й нед при одноплодной беременности определение длины шейки матки ≤25 мм имеет чувствительность 76%, специфичность — 68%, PPV — 20% и NPV — 96% для диагноза ПР.
Обследование во время беременности должно соответствовать КР «Нормальная беременность» (2020).
При наличии возможности забора тканей рекомендовано цитогенетическое исследование (кариотип) абортивного материала в случае потери беременности с целью выявления ХА у эмбриона или плода.
Исследование рекомендовано проводить методом молекулярного кариотипирования. Это позволяет повысить эффективность получения результатов кариотипирования при неудовлетворительном качестве абортивного материала, дает возможность хранения биоматериала в замороженном виде для отсроченных генетических исследований.
Лечение
Парам, в которых хотя бы один партнер имеет врожденные генетические заболевания, рекомендуется обязательное консультирование с генетиком. В случае выявления робертсоновских транслокаций гомологичных хромосом рекомендуется ЭКО с донорской яйцеклеткой или спермой в зависимости от того, у кого из партнеров выявились данные хромосомные нарушения.
Устранение всех мюллеровых аномалий производится оперативным путем. Для этой цели используются различные хирургические доступы. Так, в частности, для удаления внутриматочных перегородок наиболее часто применяется гистероскопический доступ. В последующем таким больным назначается курс циклической гормональной терапии для улучшения регенеративных процессов.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

При ИЦН лечение проводится в соответствии с КР «Истмико-цервикальная недостаточность» (2021). Пациентке предлагают наложение кругового (серкляжного) шва, введение акушерского пессария или назначают препараты прогестерона интравагинально. Эффективность вышеперечисленных методов составляет около 22%.
:
При доминирующей инфекционной причине невынашивания необходим комплекс лечебных мероприятий, реабилитации и прегравидарной подготовки к следующей беременности, состоящий из следующих этапов

- ;

элиминация возбудителя — антибактериальная терапия с учетом чувствительности инфекта
- ;

восстановление микробиоты кишечника и биоценоза влагалища с использованием препаратов, содержащих бифидо- и лактобактерии
- ;

активация кислородозависимых процессов, регуляция иммунитета, усиление обменных процессов
- ();

восстановление рецепторного аппарата матки с применением физиотерапевтических процедур электрофорез с цинка сульфатом, ультразвук, магнитотерапия
-

санаторно-курортное лечение для женщин с хроническим сальпингоофоритом, эндометритом, спаечным процессом в малом тазу.
На прегравидарном этапе (предпочтительнее) или в сроках беременности с 10-й до 14-й нед рекомендовано направлять пациентку с ИЦН, обусловленной наличием тканевого дефицита шейки матки (конизация, трахелэктомия), при невозможности наложения швов на шейке матки (серкляже) во время беременности, на пластику шейки матки лапароскопическим (предпочтительнее) или лапаротомным доступом.
Трансабдоминальный серкляж технически более сложен, чем трансвагинальный серкляж, сопровождается большим числом осложнений (раневая инфекция, кровотечение), в связи с чем трансабдоминальный серкляж показан только в особых случаях: при наличии не менее двух неудачных попыток трансвагинального серкляжа; анатомии шейки матки, не позволяющей разместить вагинальный шов (например, после петлевой электроэксцизии шейки матки или конус-биопсии); после трахелэктомии. Серкляж проводится врачом — акушером-гинекологом, обладающим высокой хирургической подготовкой и техникой выполнения лапароскопических операций. Снятие трансабдоминально наложенного шва на шейке матки в большинстве случаев невозможно из-за прорастания окружающими тканями, в связи с чем рекомендовано родоразрешение путем КС, в том числе в II триместре беременности, даже в случае неблагоприятного перинатального исхода. Шов может оставаться на месте при последующих беременностях.
Вероятность рождения ребенка у женщины с привычным невынашиванием составляет 65–67%. Успех во многом зависит от возраста матери, установления причины невынашивания и комплексной терапии (в том числе и ВРТ).
в настоящее время существенно сократилась за счет исключения .
Лекарственная терапия угрозы невынашивания беременности*препаратов и методик с недоказанной эффективностью*
Рекомендовано назначить дидрогестерон или препараты прогестерона до 20-й нед беременности (КР «Привычный выкидыш», 2022).
По данным рандомизированных клинических исследований, гестагены значимо повышают частоту живорождения при ПВ. Продолжаются исследования, которые в будущем позволят персонализировать терапию ПВ, однако в настоящее время рекомендуется следовать вышеприведенной рекомендации по их использованию. Профиль безопасности дидрогестерона и прогестерона в рекомендованных дозах на ранних сроках беременности хорошо изучен и считается благоприятным (отсутствуют свидетельства увеличения частоты нежелательных явлений со стороны беременной и плода по сравнению с отсутствием терапии/плацебо или при непосредственном сравнении этих препаратов). Данные препараты обычно назначают с II фазы предполагаемого фертильного цикла или при первом визите во время беременности.
При рекомендовано назначить препараты группы гепарина в профилактической дозе, начиная с установления факта маточной беременности до ее завершения и 6 нед послеродового периода; пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12-й до 36-й недели беременности по 100 мг/сут.
подтвержденномАФС
Пациентке с ПВ неясного генеза без факторов риска ТЭО не рекомендовано рутинно назначать препараты группы гепарина.
При латентном дефиците железа рекомендовано назначить пероральный прием препаратов железа.
Назначение препаратов железа способствует снижению риска ряда осложнений беременности [ранних ПР (до 34-й недели), анемии, послеродовых инфекций, низкой массы ребенка при рождении] и не связано со значимыми рисками побочных эффектов.
На прегравидарном этапе пациентке с хроническим эндометритом, подтвержденным при гистологическом исследовании, рекомендована комплексная антибактериальная терапия.
Антибактериальная терапия включает назначение доксициклина, а в случае персистиующего эндометрита (сохранение плазматических клеток при гистологическом исследовании) назначение ципрофлоксацина с метронидазолом или без него.
. На прегравидарном этапе пациентке с ПВ и внутриматочной патологией рекомендована гистероскопия.
Хирургические методы лечения
Гистероскопия — ведущий метод лечения при наличии таких внутриматочных заболеваний, как полип эндометрия, внутриматочные синехии, гиперплазия эндометрия (ГЭ), аномалии развития матки (внутриматочная перегородка), субмукозная миома матки. В ряде случаев для лечения внутриматочных заболеваний необходимо сочетание гистероскопии и лапароскопии.
На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ и гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, на проведение лапароскопии.
Лапароскопия — заключительный метод комплексной оценки и хирургический этап лечения заболеваний органов малого таза.
При наличии гинекологических заболеваний обследование и лечение на прегравидарном этапе должно соответствовать КР по данным заболеваниям.
Реабилитация
В разделе «Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации» КР «Выкидыш (самопроизвольный аборт)» (2021) отмечено, что данные методы неприменимы.
«Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики» неприменимы.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Неразвивающаяся беременность
[Методические рекомендации Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) «Неразвивающаяся беременность в анамнезе: реабилитация и подготовка к следующей гестации», 2021; КР «Выкидыш (самопроизвольный аборт)», 2021]
Точных данных о распространенности неразвивающейся беременности нет, что связано со сложностями статистической обработки данных: в 80% всех выкидышей сначала происходит гибель плодного яйца, а затем — экспульсия продуктов зачатия.
Распространенность замершей беременности составляет около 2% при одноплодных гестациях; при наличии многоплодной беременности — вдвое выше.
На долю неразвивающейся беременности в общей структуре невынашивания приходится 9 из 20%, большинство эпизодов невынашивания (до 80%) регистрируют в I триместре.
Современный подход к неразвивающейся беременности предусматривает прежде всего принятие и внедрение в практику понимания четкой связи между диагнозами «неразвивающаяся беременность» и «хронический эндометрит». Это заключение основано на результатах нескольких многоцентровых исследований: у 100% женщин с неразвивающейся беременностью в эндометрии персистирует воспаление, далеко не всегда инфекционного генеза. Отторгающееся плодное яйцо, некротизированные ворсины хориона оставляют «след» в форме хронического эндометрита. В ряде случаев сама неразвивающаяся беременность — закономерный исход воспалительного процесса микробной природы. Первопричины настолько тяжких нарушений кроются в извращении биотопа половых путей, особенно часто возникающего после калечащего хирургического аборта без реабилитации или на фоне изолированной, зачастую необоснованной антибиотикотерапии. Более того, даже если остановка гестации произошла по любой другой причине, отторжение некротизированных ворсин хориона, как уже было сказано, всегда происходит с воспалительной реакцией — здесь речь идет об аутоиммунном воспалении. В функционально неполноценном — нерецептивном — эндометрии беременность нормально развиваться не может.
Самостоятельное опорожнение полости матки при неразвивающейся беременности происходит у 51% женщин с анэмбрионией и у 35% пациенток с гибелью зародыша.
У 36% плодное яйцо задерживается в полости матки, что требует ее артифициального .
*опорожнения медикаментозно или вакуум-аспирацией***Опорожнение дилатацией и кюретажем не предусмотрено ни одной КР и может стать поводом для дисциплинарной и/или юридической ответственности врача.**
В МКБ-10 выделяют:

- O02.0 Погибшее плодное яйцо и непузырный занос;
- O02.1 Несостоявшийся выкидыш. Ранняя гибель плода с задержкой в матке.

В рутинной работе возможно УЗ-заключение «Беременность неопределенной (неясной) жизнеспособности» при подозрении на неразвивающуюся беременность.
Это заключение легитимно при сомнительных результатах УЗИ на ранних сроках, особенно у пациенток с нерегулярным менструальным циклом в анамнезе (Методические рекомендации МАРС).
Факторы риска
Факторы риска, как и причины неразвивающейся беременности, до конца не изучены.
Несмотря на большое количество исследований по проблеме неразвивающейся беременности, точные причины и патогенез ареактивности миометрия и задержки в полости матки продуктов зачатия не определены. Тем не менее можно предположить нарушения, которые могут повышать риск замершей беременности.

- Поздний репродуктивный возраст матери — наиболее значимый фактор риска ранних репродуктивных потерь, что обусловлено увеличением вероятности ХА. Предполагают, что возраст отца и его соматический статус также могут оказывать влияние на развитие замершей беременности. Однако исследований, анализирующих только неразвивающуюся беременность, недостаточно.
- Репродуктивные потери в анамнезе независимо от возраста матери значимо увеличивают риск неразвивающейся беременности.
- С репродуктивными потерями ассоциированы употребление беременной алкоголя, кофеина (4–5 чашек кофе), курение (более 10 сигарет в день), а также использование кокаина.
- К факторам риска неразвивающейся беременности относят высокий уровень загрязнения воздуха. Замершая беременность может быть сопряжена с воздействием тяжелых металлов и фталатов, стрессом и др.
- Эндокринные заболевания матери (СПКЯ, заболевания щитовидной железы, некомпенсированный СД) ассоциированы с повышенным риском репродуктивных потерь.
- Тромбофилические нарушения, в том числе АФС, могут существенно снизить вероятность вынашивания беременности.
- К тромбофилиям высокого риска, ассоциированным с невынашиванием беременности, относят гомозиготные полиморфизмы G1691A (ген фактора V, мутация Лейдена) и G20210A (ген фактора II, протромбин) либо сочетание этих гетерозиготных полиморфизмов.
- ИППП и некоторые иные инфекционные заболевания матери повышают риск выкидышей на ранних сроках беременности.
- С нарушением течения ранней беременности ассоциирован прием таких лекарственных препаратов, как цитостатики, антимикотики, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), ретиноиды, антидепрессанты.
- Риск репродуктивных потерь возрастает у пациенток с избыточной массой тела и ожирением.
- Гипергомоцистеинемия ассоциирована с нарушением кровоснабжения эндометрия и целостности сосудов, что усиливает оксидативный стресс в эндотелии сосудов и, таким образом, обусловливает нарушение развития эмбриона.
- Неразвивающаяся беременность (как и другие осложнения гестации) ассоциирована с нарушением микронутриентного статуса.
- Дефицит магния ассоциирован с наличием в анамнезе спорадических эпизодов неразвивающейся беременности, тогда как нутриентный статус при привычном невынашивании был сопоставим с таковым контрольной группы.
- Неполноценная секреторная трансформация эндометрия в условиях НЛФ, сдвиг имплантационного окна или неадекватная реакция на прогестерон со стороны органов-мишеней — распространенные причины потерь беременности в I триместре.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Причины неразвивающейся беременности
Молекулярные процессы.

- Иммунная система обеспечивает нормальное течение процессов оплодотворения, имплантации и плацентации. Нарушение иммунной толерантности организма матери к семиаллогенному плоду приводит к неблагоприятным исходам беременности.
- До 10% неразвивающихся беременностей связаны с системными аутоиммунными состояниями, приводящими к развитию АФС.
- Точный механизм неразвивающейся беременности при дефектах на молекулярном уровне к настоящему времени не описан. Установлено, что нарушения таких биологических процессов, как ангиогенез, апоптоз и воспаление, дисбаланс их регуляторных путей, а также возникновение гипоксии играют важную роль в патогенезе неразвивающейся беременности.

Инфекционные заболевания.

- В структуре причин ранних репродуктивных потерь около 15% занимают инфекционные заболевания. Пациенток с текущим воспалительным процессом относят к группе риска неразвивающейся беременности, поэтому следует исключить наличие значимых для этого гестационного нарушения вирусно-бактериальных патогенов.
- Вагинальные сообщества в значительной степени различаются у пациенток с неразвивающейся беременностью и нормальной гестацией.

Генетические аномалии.

- Большинство специалистов считают ведущей причиной неразвивающейся беременности генетический фактор. Как правило, при развитии эмбриона мутации возникают — именно поэтому генетическое консультирование на этапе прегравидарной подготовки не всегда позволяет предупредить неблагоприятный исход.

de novo

- ХА и фрагментация ДНК сперматозоидов могут препятствовать как зачатию, так и нормальному течению беременности.

Диагностика
УЗИ — основной метод диагностики неразвивающейся беременности. Он позволяет поставить диагноз задолго до появления жалоб и клинических симптомов.
Выделяют два типа неразвивающейся беременности: анэмбрионию и раннюю гибель эмбриона (плода).
Анэмбриония (в англоязычной медицинской литературе — blighted ovum, «испорченная яйцеклетка») — состояние, при котором после зачатия эмбрион изначально не развивается или останавливается в развитии с последующей полной реабсорбцией. В этом случае при УЗИ наблюдают феномен «пустого» плодного яйца.

. Феномен «пустого» плодного яйца можно встретить также при малом сроке развивающейся беременности, поэтому в сомнительных случаях сонографические исследования необходимо повторить.
Комментарий
В 2015 г. рабочая группа ESHRE предложила также использовать термин «выкидыш с желточным мешком» (yolk sac miscarriage) для ситуаций, когда при УЗИ не наблюдают эмбрион, но отмечают наличие желточного мешка. Этот диагноз пока не нашел широкого признания в российской и мировой клинической практике.
Раннюю гибель эмбриона (плода) диагностируют при УЗИ, если у эмбриона в полости матки отсутствует сердцебиение.
Французские КР определяют раннюю гибель эмбриона (плода) как прекращение роста плодного яйца/эмбриона и/или прекращение сердечной деятельности плода на сроке до 14 нед гестации (Методические рекомендации МАРС).
При УЗ трансвагинальном исследовании на ранних сроках рекомендуется оценка следующих структур: плодного мешка, амниотической полости, желточного мешка и эмбриона с регистрируемой в режиме реального времени (В-режиме) или М-режиме сердечной деятельностью.
На ранних сроках предпочтение отдают трансвагинальному УЗИ, при его невозможности сонографию выполняют трансабдоминально.
Измерять диаметр плодного яйца необходимо в трех проекциях, а затем рассчитывать его среднее значение. При верификации хотя бы одного из указанных выше критериев диагноз неразвивающейся беременности правомочен. Однако желательно, чтобы наличие этих маркеров подтвердил второй специалист УЗ-диагностики.
Возможна отсрочка выполнения повторного УЗИ. Так, рабочая группа Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании рассматривает возможность повторного обследования пациентки через 7–14 дней (в зависимости от используемого УЗ-доступа) для окончательного заключения.
Беременность считается неразвивающейся, если при трансвагинальном УЗИ (Методические рекомендации МАРС):

- ;

КТР эмбриона составляет 7 мм и более и отсутствует сердечная деятельность
- ()

средний диаметр среднее арифметическое трех диаметров плодного мешка — 25 мм и более и отсутствуют эмбриональные структуры. В этом случае повторное УЗИ не требуется, диагноз окончателен.
Сомнительные УЗ-критерии неразвивающейся беременности:

- ;

КТР плода менее 7 мм, сердцебиения нет
- ;

средний диаметр плодного яйца 16–24 мм, эмбриона нет
- ;

отсутствие эмбриона с сердцебиением через 7–13 дней после того, как на УЗИ наблюдали плодное яйцо без желточного мешка
- ;

отсутствие эмбриона с сердцебиением через 7–10 дней после того, как на УЗИ наблюдали плодное яйцо с желточным мешком
- ;

отсутствие эмбриона через 6 нед и более от начала последней менструации при регулярном менструальном цикле
- ();

пустое плодное яйцо без желточного мешка и эмбриона
- ();

увеличенный желточный мешок более 7 мм
- ().

маленький плодный мешок относительно размеров эмбриона разница между средним диаметром плодного мешка и КТР плода менее 5 мм
К УЗ-критериям анэмбрионии относят:

- ;

в матке определяют плодное яйцо диаметром более 13 мм без желточного мешка
- ;

в матке наблюдают плодное яйцо более 18 мм без эмбриона
-

выявляют амниотическую полость без желточного мешка и эмбриона при гестационном сроке более 6 нед при регулярном менструальном цикле.
Сомнительные признаки позволяют лишь заподозрить неразвивающуюся беременность, для ее подтверждения или исключения необходимы динамические УЗИ. Некоторые исследователи указывают, что использовать в качестве прогностического критерия расчет разницы между диаметром плодного яйца и КТР нецелесообразно, а дополнительную ценность имеет феномен «желточного стебелька».
Желточный стебелек — трубчатая структура, соединяющая желточный мешок и тело эмбриона. На ранних сроках гестации они расположены близко друг к другу, поэтому желточный стебелек в норме визуализировать не удается. Если эмбрион без сердцебиения начинает отделяться от желточного мешка, не достигнув значений КТР 5 мм и более, то в этой ситуации говорят о феномене «желточного стебелька». Результаты исследований подтверждают корреляцию этого признака с замершей беременностью при динамическом наблюдении пациенток (Методические рекомендации МАРС).
Важным этапом в УЗ-диагностике неразвивающейся беременности считают повторные УЗИ.
Подозрение на неразвивающуюся беременность — не диагноз, а повод для динамического наблюдения. Особую осторожность при диагностике неразвивающейся беременности необходимо проявлять при обследовании на сроке до 8 нед беременности [Методические рекомендации МАРС; КР «Выкидыш (самопроизвольный аборт)», 2021].

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Оптимальный интервал для повторного исследования — 7–10 дней.
При повторных УЗИ неразвивающуюся беременность диагностируют, если:

- эмбрион с сердцебиением не визуализируется через 2 нед и более после того, как на УЗИ наблюдали плодное яйцо без желточного мешка;
- эмбрион с сердцебиением не визуализируется через 11 сут и более после того, как на УЗИ наблюдали плодное яйцо с желточным мешком (Методические рекомендации МАРС).

Целесообразно направлять беременных групп высокого риска неразвивающейся беременности и невынашивания на УЗИ в ранние сроки (7–8 нед) даже при отсутствии жалоб (Методические рекомендации МАРС).
Диагноз «неразвивающаяся беременность» при возможности подтверждается двумя врачами УЗ-диагностики (КР «Выкидыш », 2021).
Ультразвуковая диагностика в ранние сроки беременности.

-

Прирост в миллиметрах плодного мешка не коррелирует с диагнозом «развивающаяся беременность» и требует уточнения при повторном УЗ-сканировании.
-

Не существует референсных шкал, позволяющих определить срок беременности по размерам плодного мешка. При отсутствии визуализации эмбриона срок беременности определяют по периоду отсутствия менструации.
-

Если эмбрион по КТР соответствует 10 нед и отсутствует сердечная деятельность, то врач правомочен поставить диагноз «неразвивающаяся беременность», используя определенные референсные шкалы.
Лабораторные методы (Методические рекомендации Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины)
При беременности неуточненной локализации в дополнение к сонографии целесообразно динамическое исследование уровня β-ХГЧ при технической возможности быстрого получения результатов. У 8–31% пациенток на ранних сроках гестации при первом визите невозможно точно определить место прикрепления плодного яйца по данным УЗИ. В этом случае динамическое исследование уровня β-ХГЧ допустимо применять в качестве дополнительного метода для дифференциальной диагностики неразвивающейся беременности, прогрессирующей маточной беременности или ВБ.

- Динамическое определение концентраций β-ХГЧ помогает оценить жизнеспособность гестации.

При потенциально жизнеспособной маточной беременности (до 6–7 нед) среднее время удвоения уровня β-ХГЧ составляет 1,4–2,1 дня. У 85% пациенток каждые 48 ч показатель увеличивается на 66% и более, у 15% — на 53–66%.
При концентрации гормона 2000 МЕ/л и более желточный мешок обычно доступен для УЗ-визуализации, однако отсутствие этой структуры не говорит о неразвивающейся беременности.
Согласно французским КР, исключить прогрессирующую маточную беременность можно, если исходный уровень β-ХГЧ составил менее 2000 МЕ/л, а его прирост спустя 48 ч не превышает 15%.

- Определение концентрации прогестерона может помочь в прогнозировании прогрессирующей маточной и неразвивающейся беременности, но метод неприменим в рутинной практике. В рутинном уточнении уровня прогестерона у здоровых женщин в период гестации нет необходимости, однако в сомнительных случаях определение концентрации гормона может быть полезным дополнением к УЗИ. Концентрация прогестерона в сыворотке крови менее 25 нмоль/л — предиктор нежизнеспособности беременности (показатели менее 3,2 нг/мл или 10,18 нмоль/л позволяют исключить прогрессирующую маточную беременность), ее значение в пределах 25–60 нмоль/л повышает вероятность успешной гестации.

- Не рекомендовано определение концентрации PAPP-A в качестве маркера замершей беременности. Согласно некоторым исследованиям, существует корреляция между концентрацией PAPP-A и риском гибели плода, особенно на ранних сроках гестации. Однако противоречивые сведения о чувствительности и специфичности не позволяют рекомендовать его в качестве маркера неразвивающейся беременности. Исследователи изучают возможности определения концентраций метаболитов триптофана, сфинголипидов и кисспептина в материнском кровотоке в качестве маркеров неразвивающейся беременности, но их рутинное исследование пока не рекомендовано.

Распространенная при обследовании пациентки с подозрением на неразвивающуюся беременность — недостаточное внимание к гемостазиологическим параметрам, что допускает развитие коагуляционных осложнений. Ранняя диагностика неразвивающейся беременности сокращает не только сроки обследования пациенток, но и риск осложнений, связанных с пребыванием погибшего плодного яйца в полости матки.
ошибка
Всецело полагаться на лабораторные маркеры при диагностике неразвивающейся беременности не стоит, поскольку, во-первых, они недостаточно специфичны, а во-вторых, отсрочка начала лечения недопустима. Длительное присутствие в матке погибшего плода (эмбриона) — угроза не только здоровью, но и жизни женщины вследствие повышения риска гемостазиологических осложнений.
Лечение
При ведении пациенток с беременностью неопределенной (неясной) жизнеспособности используют выжидательную тактику.
При подтвержденной неразвивающейся беременности возможны
три варианта ведения: выжидательная тактика, медикаментозное опорожнение полости матки или вакуум-аспирация.
При выборе тактики ведения необходимо уделить особое внимание тщательному и осторожному разъяснению пациентке клинической ситуации, стремясь минимизировать психологическую травму. При определении тактики обязателен учет состояния пациентки, противопоказаний к тому или иному виду вмешательства, предпочтений женщины (Методические рекомендации МАРС).
. При сомнительных данных УЗИ и подозрении на неразвивающуюся беременность показано динамическое наблюдение за состоянием пациентки с помощью УЗИ. Надлежит проинформировать пациентку о высокой частоте хромосомных нарушений плода при спорадических ранних потерях беременности, разъяснить обоснованность выжидательной тактики и нецелесообразность избыточной лекарственной терапии при сомнительных данных УЗИ. Важно предупредить женщину, что самопроизвольный выкидыш может быть неполным и вероятность хирургического опорожнения матки исключить нельзя.
Выжидательная тактика

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Нет никаких данных в пользу того, что усиление гестагенной поддержки, добавление к терапии эстрогенов или иные вмешательства улучшают репродуктивные исходы при подозрении на неразвивающуюся беременность. Более того, согласно одной из гипотез, высокий уровень прогестерона в децидуальной ткани — один из факторов, ответственных за задержку погибшего эмбриона в полости матки. Назначение гестагенов может быть полезно в I триместре женщинам с привычным невынашиванием в анамнезе — тогда показанием служит именно последнее.
При подтвержденной неразвивающейся беременности I триместра допустима выжидательная тактика в течение 7–14 дней.
. Выжидательная тактика возможна при нахождении пациентки вблизи медицинской организации и оформленном информированном добровольном согласии на нее. Не рекомендована выжидательная тактика пациенткам с кровотечением, коагулопатией, тяжелой анемией, признаками инфицирования, при нестабильной гемодинамике.
Комментарий
. Учитывая возможные осложнения, обусловленные длительным нахождением погибшего плода (эмбриона) в матке, необходимо сразу после диагностики патологических отклонений приступать к искусственному прерыванию беременности с назначением мифепристона и/или мизопростола. Доказательная база по медикаментозному опорожнению матки при неразвивающейся беременности к настоящему времени накоплена довольно обширная.
Опорожнение полости матки
Возможны две схемы (см. главу VI).
Ведение пациенток после опорожнения полости матки
Профилактика резус-изоиммунизации
Всем несенсибилизированным женщинам с резус-отрицательной кровью рекомендовано введение антирезусного иммуноглобулина в течение 72 ч после первого приема мизопростола. КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» (2020) предписывают профилактику резус-изоиммунизации на ранних сроках гестации непосредственно после прерывания беременности.
Возможно введение антирезусного иммуноглобулина при установлении факта гибели плода.
Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител при прерывании беременности в I и II триместрах, антенатальной гибели плода рекомендовано введение антирезусного иммуноглобулина внутримышечно согласно инструкции к препарату. После антенатального профилактического введения антирезусного иммуноглобулина в течение 12 нед возможно выявление следовых уровней титра антирезусных антител.
Подтверждение эффективности опорожнения полости матки
УЗИ для оценки эффективности медикаментозного опорожнения полости матки при неразвивающейся беременности в I триместре гестации рекомендовано выполнять через 7–14 сут. До того — специальный тест на β-ХГЧ типа Check-4; это предотвращает ненужные, но часто выполняемые хирургические Последнее относится к «ненадлежащему исполнению профессиональных обязанностей» и влечет не только административную, но и юридическую ответственность врача.
опорожнения матки без показаний!
Цель УЗИ после опорожнения полости матки — подтвердить полный выкидыш. Более раннее обследование приводит к необоснованному увеличению частоты выскабливаний стенок полости матки. Необходимо: а) учитывать указания пациентки на наличие или отсутствие экспульсии элементов плодного яйца и б) выполнение вышеуказанного теста.
После аспирационного опорожнения необходимы те же мероприятия: УЗ-контроль для исключения задержки в матке элементов плодного яйца и тест на β-ХГЧ.
Морфологическое исследование
Гистологическое исследование абортивного материала, полученного после хирургического опорожнения матки, обязательно.
Для установления причин неразвивающейся беременности гистологическое исследование абортивного материала должно содержать квалифицированное описание таких параметров, как:

- гравидарные изменения эндометрия (компактного и спонгиозного слоев);
- степень формирования клубков спиральных артерий и фибриноидных изменений стенок сосудов;
- оценка степени трофобластической инвазии;
- состояние ворсинчатого хориона;
- инволюционно-дистрофические изменения;
- патологические процессы.

По итогам описательной части должно быть сформировано заключение о причинах нарушения беременности и даны рекомендации, которые в комплексе с клиническими данными определяют дальнейшую тактику ведения пациентки.
Генетическое исследование абортуса
Кариотипирование абортуса не рекомендовано в рутинной практике. Исследование может быть целесообразно при повторной неразвивающейся беременности и привычном невынашивании для решения о целесообразности донации ооцитов или сперматозоидов. Результаты кариотипирования абортуса не определяют прогноз в отношении последующей беременности, однако настойчивое желание

пациентки выяснить причину выкидыша может стать важным аргументом в пользу установления хромосомного набора. Желательно получать материал с помощью трансцервикальной эмбриофетоскопии, которая обеспечивает морфологическую оценку эмбриона и позволяет избежать контаминации исследуемого образца материнскими тканями. Знание этиологии репродуктивной потери имеет не только медицинское значение: устранение неизвестности крайне важно и для морально-психического состояния пары с привычным невынашиванием беременности.
Реабилитация
Каждый выкидыш, произошедший вследствие неразвивающейся беременности, по факту завершается хроническим эндометритом (FIGO, 2006), а это значит, что в последующую беременность пациентка должна вступать после специального лечения, реабилитации и морфологически доказанного устранения воспалительных нарушений в слизистой оболочке матки.
Прегравидарная подготовка женщин после эпизода неразвивающейся беременности должна быть нацелена на восстановление структуры и рецептивности эндометрия.
Ранняя реабилитация (Методические рекомендации Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины, 2021)

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Ограничений при выборе метода контрацепции после неразвивающейся беременности нет. Если пациентка не планирует беременность в ближайшее время или на период обследования и реабилитации после неразвивающейся беременности, она может выбрать любой метод контрацепции с учетом противопоказаний и личных предпочтений.
После неразвивающейся беременности нецелесообразно откладывать зачатие на 6 мес и более.
Ранее эксперты ВОЗ рекомендовали воздерживаться от беременности после выкидыша или искусственного аборта в течение 6 мес. Недавний систематический обзор (2017) показал, что меньший промежуток времени до зачатия не повышает риска повторного выкидыша и ПР, неразвивающейся беременности, низкой массы тела при рождении и ПЭ.
Зачатие в первые 3 мес после потери гестации на ранних сроках может быть ассоциировано со снижением вероятности повторного выкидыша и повышением частоты рождения живых детей по сравнению с более поздним наступлением беременности. В то же время следует информировать пациентку, что при интергенетическом интервале менее 7 мес вероятность тревожных и депрессивных состояний возрастает.
Целесообразность психологической помощи после неразвивающейся беременности определяют в индивидуальном порядке.
Обследование после неразвивающейся беременности
Своевременное обследование и коррекция выявленных нарушений после неразвивающейся беременности служат основой профилактики привычного невынашивания.
Ведение пациенток после неразвивающейся беременности должно быть в первую очередь направлено на коррекцию модифицируемых факторов риска. Лечение ИППП, эндометрита и других инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза также позволяет предотвратить репродуктивные нарушения в будущем.
Консенсус по необходимым методам обследования и реабилитации после перенесенной неразвивающейся беременности отсутствует.
До настоящего времени нет четких представлений о причинах и патогенезе неразвивающейся беременности. Тактика ведения пациенток с замершей беременностью в анамнезе основана на выявлении факторов риска, предположительно связанных с нарушениями гестации, и прогнозировании возможных осложнений.
с неразвивающейся беременностью позволяет последовательно исключить возможные причины осложнений гестации, начиная с самых распространенных, заканчивая редкими (идя от доступных к дорогостоящим обследованиям).
На прегравидарном этапе алгоритм обследования пациентки
Парам, планирующим рождение ребенка после неразвивающейся беременности, показана прегравидарная подготовка согласно профильному клиническому протоколу МАРС (2020).
.
Опрос и физикальное обследование

- При сборе анамнеза необходимо выявить факторы риска, потенциально негативно влияющие на реализацию репродуктивных планов.

При опросе пациентки с неразвивающейся беременностью в анамнезе обращают внимание на факторы, которые предположительно могут оказать неблагоприятное влияние на течение последующей гестации.

- Перенесенные острые и хронические заболевания (включая воспалительные заболевания органов брюшной полости и ИППП), операции, травмы, эпизоды тромбоза.
- Наличие наследственных заболеваний у родственников первой и второй степени родства (родители, дети, родные братья и сестры, дяди и тети, племянники), а также заболеваний с наследственной предрасположенностью (инсульт, инфаркт миокарда, тромбозы, АГ, онкологические заболевания, эндокринопатии) у родственников первой степени родства в возрасте до 50 лет (родители, дети, родные братья и сестры).
- Наличие вредных производственных факторов.
- Бытовые условия.
- Особенности пищевого поведения.
- Наличие вредных привычек.
- Прием медикаментов, аллергические реакции.
- Для оценки менструальной функции уточняют возраст менархе, длительность менструального цикла, регулярность и болезненность менструаций, обильность кровопотери, наличие олигоменореи в подростковом возрасте (фактор риска невынашивания).
- Выясняют возраст коитархе, сексуальную активность, количество половых партнеров и их смену за последние 6 мес, применяемые методы контрацепции (вид, длительность).
- Уточняют репродуктивный анамнез: число и исход предыдущих беременностей, факты рождения детей с ВПР, мертворождения, эктопической беременности, использования ВРТ, осложнений после абортов и во время предыдущих беременностей (ПЭ, ГСД, ПР, ЗРП, отслойки плаценты и т.д.).
- С нарушением течения ранней беременности ассоциирован прием таких лекарственных препаратов, как цитостатики, противогрибковые средства, НПВС, ретиноиды, антидепрессанты. При консультировании рекомендовано прицельно уточнить, какие препараты принимала недавно или продолжает принимать пациентка, а также причины использования медикаментов. Необходимо информировать женщину, что привычные для купирования головной боли или алгезии иной локализации НПВС могут быть противопоказаны при планировании беременности и в период гестации.
- При физикальном обследовании необходимо в первую очередь обратить внимание на признаки заболеваний (состояний), ассоциированных с репродуктивными потерями.

Рекомендовано оценить следующие параметры.

- ИМТ (норма: 18–24,9 кг/м; повышение ИМТ более 30 кг/м и снижение менее 18 кг/м ассоциировано со снижением фертильности).

222

- Соотношение окружности талии к объему бедер (норма для женщин до 0,83; при повышении значения делают вывод о висцеральном ожирении, наиболее значимом при реализации репродуктивных планов).
- Наличие себореи, гирсутизма, акне, стрий, гиперпигментации кожных складок; недоразвитие молочных желез, выделения из сосков.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Указанные признаки могут свидетельствовать об эндокринных нарушениях.
.
Исключение инфекционного фактора

- При гинекологическом осмотре необходимы рутинная оценка pH вагинального отделяемого и забор биоматериала для лабораторных исследований. Рекомендованы следующие лабораторные исследования:

- микроскопия мазка, окрашенного по Граму;
- качественное определение методом ПЦР-теста , , , .

C. trachomatisN. gonorrhoeaeT. vaginalisM. genitalium

- Возможна комплексная оценка микробиоценоза влагалища с помощью молекулярно-биологических тестов, обеспечивающих качественное и количественное определение состава вагинальной микробиоты с помощью метода ПЦР в режиме реального времени.
- Для выявления причин хронического эндометрита рекомендовано бактериологическое исследование содержимого полости матки, по возможности — с определением чувствительности возбудителей к антибиотикам.

Бактериологическое исследование содержимого влагалища или цервикального канала не заменяет посев из полости матки.
Однако около 10% попыток культивирования не позволяют выявить патогены вследствие вирусной или аутоиммунной этиологии заболевания или присутствия некультивируемых бактерий.
По мнению ряда экспертов, альтернативой бактериологическому исследованию может служить исследование содержимого полости матки методом ПЦР на часто ассоциированные с хроническим эндометритом микроорганизмы: и
C. trachomatis, Enterococcus spp., Escherichia coli, Gardnerella vaginalis, Klebsiella pneumoniae, M. hominis, N. gonorrhoeae, Staphylococcus spp. Streptococcus spp.
Рекомендована серологическая диагностика сифилиса и ВИЧ.
Возможна оценка титров антител к возбудителям инфекций группы TORCH (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирусная и герпесвирусная инфекции), а также к парвовирусу В.
. Диагностика внутриутробной инфекции как причины неразвивающейся беременности основана в первую очередь на исследовании тканей абортуса и плаценты, и поиск специфических иммуноглобулинов носит вспомогательный характер. Если известно, что женщина болела краснухой или была привита, то практической необходимости в серодиагностике этого патогена нет.
Комментарий

.
Ультразвуковое исследование органов малого таза

- Трансвагинальное УЗИ в раннюю фолликулиновую фазу менструального цикла (5–7-й день) позволяет выявить новообразования матки, маточных труб и яичников, аномалии развития внутренних половых органов, патологические процессы в эндометрии и определить толщину последнего.
- УЗИ органов малого таза с допплеровским картированием кровеносных сосудов служит скрининговым методом диагностики эндометриальной дисфункции.

При хроническом эндометрите трансвагинальное УЗИ и допплерография позволяют выявить такие признаки, как:

- гематометра;
- гиперэхогенные образования в эндометрии;
- неровность линии смыкания и асимметрия передней и задней стенок матки;
- синехии;
- несоответствие толщины эндометрия фазе менструального цикла.

.
Исключение эндокринных нарушений

- об объеме обязательных гормональных исследований . Врач самостоятельно определяет перечень лабораторных параметров с учетом индивидуальных особенностей пациентки.

Консенсуснедостигнут
- Для исключения эндокринных нарушений рекомендовано выполнить исследование эстрадиола, ЛГ и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина в раннюю фолликулиновую фазу менструального цикла (на 2–7-й день при 28-дневном цикле). Спонтанное зачатие при наличии эндокринных заболеваний возможно, при этом сама пациентка может не знать об их наличии. Однако дисгормональные нарушения могут негативно сказаться на течении беременности, в том числе привести к самопроизвольному выкидышу и неразвивающейся беременности. Снижение концентраций эстрадиола и гонадотропинов может указывать на стресс, недавнее резкое снижение массы тела, выраженные физические нагрузки или гиперпролактинемию. Нормальные параметры гонадотропинов или изолированное небольшое повышение ЛГ, наряду с падением эстрадиола, позволяют заподозрить СПКЯ, тогда как повышенные ФСГ и ЛГ могут свидетельствовать о ПНЯ, снижении овариального резерва. При выявлении какого-либо заболевания пациентку ведут в соответствии с профильными КР.
- При подозрении на НЛФ однократное определение содержания прогестерона в крови в середине лютеиновой фазы (на 21–25-й день цикла в зависимости от его продолжительности) неинформативно. Измерение базальной температуры также недостоверно для диагностики этого состояния. Основные методы диагностики НЛФ перечислены ниже.

- УЗ-мониторинг роста и созревания фолликула, произошедшей овуляции и состояния эндометрия.
- Сравнительная оценка экскреции прогестерона в крови с морфологической картиной эндометрия, взятого при гистероскопии в середине лютеиновой фазы (на 21–25-й день цикла в зависимости от его продолжительности).
- Рекомендовано оценить состояние щитовидной железы пациентки. Скрининговый метод исследования функций щитовидной железы — определение в плазме крови концентрации ТТГ, снижение которого позволяет заподозрить гипертиреоз, а повышение — гипотиреоз. При отклонениях от нормы пациентку направляют к эндокринологу.
- У женщин с признаками гирсутизма, алопеции, акне, нарушениями менструального цикла и/или привычным невынашиванием беременности рекомендовано исследование уровня андрогенов и 17-гидроксипрогестерона в крови в раннюю фолликулиновую фазу. Нарушения менструального цикла, повышение концентрации тестостерона, акне, гирсутизм и морфологические изменения яичников по типу поликистоза могут быть не только при СПКЯ, но и у пациенток с неклассической формой врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН). Базальные концентрации 17-гидроксипрогестерона менее 6 нмоль/л (2 нг/мл) исключают наличие ВДКН, а 30 нмоль/л (10 нг/мл) и более — подтверждают диагноз. При пограничных результатах — 6–30 нмоль/л (2–10 нг/мл) — нужно выполнить генетическое исследование на наличие мутаций в гене . Лечение таких пациенток осуществляет эндокринолог.

CYP21
- При планировании беременности необходимо определять уровень глюкозы крови и/или выполнять оральный глюкозотолерантный тест пациенткам с ожирением и избыточной массой тела, а также страдающим СПКЯ женщинам даже при нормальной массе тела. При концентрации глюкозы венозной плазмы натощак 7 ммоль/л и более, а также при значениях показателя 11,1 ммоль/л и более вне зависимости от приема пищи следует незамедлительно направить пациентку к эндокринологу. Такие показатели характерны для СД. При более низких показателях выполняют оральный глюкозотолерантный тест. Коррекция нарушений углеводного обмена, в том числе инсулинорезистентности, до наступления беременности позволит нивелировать риски осложнений гестации для матери и плода, а также отсрочить кардиометаболические осложнения в будущем.
- Женщинам с неразвивающейся беременностью в анамнезе рекомендован биохимический скрининг дефицита витамина D.

Целесообразность популяционного скрининга, направленного на выявление недостаточности витамина D, не доказана. Однако, согласно КР «Дефицит витамина D у взрослых» (2016), пациенткам высокого риска необходимо определять концентрацию витамина D. Кроме того, опубликованы данные об ассоциации дефицита витамина D с неразвивающейся беременностью.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

.
Исследование свертывающей системы крови

- Рекомендовано исключать у пациенток с неразвивающейся беременностью АФС, особенно при указании в анамнезе на тромбозы.

Согласно Сиднейским диагностическим критериям АФС, о наличии этого заболевания можно говорить только в случае сочетания по меньшей мере одного из клинических и одного из лабораторных критериев АФС. Изолированного выявления антифосфолипидных антител для оформления диагноза АФС недостаточно.
Клинические критерии АФС.

- Сосудистый тромбоз. Один или более клинический эпизод тромбоза артерий, вен или мелких сосудов в любых тканях или органах.

Тромбоз должен быть объективно подтвержден бесспорными результатами визуализирующих методов исследования (или гистологически, в последнем случае в отсутствие выраженного воспаления сосудистой стенки).
- Потери беременности:

- один или более случай внутриутробной гибели морфологически нормального плода на сроке 10 нед гестации и позднее (нормальное морфологическое строение документировано при УЗИ или непосредственном исследовании абортуса); ИЛИ
- один или более случай ПР морфологически нормальным плодом на сроке до 34 нед гестации вследствие тяжелой ПЭ или эклампсии либо выраженной плацентарной недостаточности; ИЛИ

- три или более последовательных случая самопроизвольной потери беременности на сроке до 10 нед гестации после исключения анатомических дефектов матки, гормональных нарушений, материнских или отцовских хромосомных нарушений.

Лабораторные критерии АФС.

- Волчаночный антикоагулянт, выявленный в плазме крови при двух или более исследованиях с промежутком не менее 12 нед согласно рекомендациям Международного общества специалистов по тромбозу и гемостазу (International society on thrombosis and haemostasis).
- Антитела к кардиолипину изотипов IgG и/или IgM, выявленные в сыворотке или плазме крови в средних или высоких титрах при двух или более исследованиях с промежутком не менее 12 нед с помощью стандартизованного иммуноферментного метода.
- Антитела к β2-гликопротеину-1 изотипов IgG и/или IgM, выявленные в сыворотке или плазме крови в высоких титрах при двух или более исследованиях с промежутком не менее 12 нед с помощью стандартизованного иммуноферментного метода.
- Рутинный скрининг для определения тромбофилических нарушений в рамках прегравидарной подготовки не рекомендован ввиду недоказанной целесообразности такого мероприятия.
- Генетическое обследование для выявления полиморфизмов генов системы гемостаза рекомендуют женщинам с высоким риском развития тромбозов.

К факторам высокого риска ТЭО относят следующие состояния.

- Отягощенный семейный тромботический анамнез у родственников первой степени родства.
- Отягощенный личный анамнез:

- идиопатический артериальный тромбоз (в молодом возрасте);
- идиопатическая венозная тромбоэмболия необычной локализации (тромбозы вен ЖКТ, почек, головного мозга, венозного синуса);
- эпизод венозной тромбоэмболии, ассоциированный с воздействием факторов умеренного риска (операции небольшого объема, непродолжительная иммобилизация или путешествия на незначительные расстояния, прием эстрогенсодержащих контрацептивов);
- необъяснимые осложнения беременности (более трех потерь на сроках до 10 нед или одна и более после 10 нед, ранняя тяжелая ПЭ и эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).
- Рекомендовано определять гомозиготные полиморфизмы G1691A (ген фактора V, мутация Лейдена) и G20210A (ген фактора II, протромбин).
- Рутинное определение гомоцистеина и полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы не рекомендовано. Нарушения фолатного цикла — значимый фактор риска осложнений беременности, ВПР плода. Компенсировать дефицит фолатов можно с помощью дотации высоких доз фолиевой кислоты или кальциевой соли L-5-МТГФ (метафолина), не прибегая к дорогостоящим обследованиям.
- При обнаружении тромбофилии необходимо направить пациентку на консультацию к гематологу. Антитромботическую терапию женщинам с наследственными тромбофилиями назначают только в рамках клинических исследований или в целях профилактики ТЭО.

.

Гистероскопия и биопсия эндометрия

- Биопсия эндометрия может быть выполнена для исключения хронического эндометрита при наличии сонографических признаков, позволяющих заподозрить это заболевание, или при привычном невынашивании неясного генеза.

У пациенток после неразвивающейся беременности в 100% имеют место воспалительные изменения в эндометрии вне зависимости от причин остановки гестации — этот постулат, касающийся практических основ ведения пациенток, был сформулирован в 2006 г. на XVIII конгрессе FIGO в Куала-Лумпуре (Малайзия). При этом воспаление могло и не быть причиной замершей беременности, однако инфламаторная реакция всегда сопровождает отторжение некротизированных ворсин хориона.

Биопсию эндометрия желательно выполнить не ранее чем через 6 нед после опорожнения полости матки после как минимум одной нормальной менструации. Этот подход позволяет исключить преходящие воспалительные реакции в полости матки после отторжения эмбриона и уточнить, реализовалось ли воспаление в хронический эндометрит.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

- «Золотым стандартом» диагностики хронического эндометрита служит выполнение гистероскопии с биопсией эндометрия и дальнейшим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием полученного материала.

Рекомендована аспирационная пайпель-биопсия. В отличие от диагностического выскабливания этот подход абсолютно не травматичен для слизистой оболочки матки, к тому же процедура не требует дилатации цервикального канала и ассоциирована с минимальным дискомфортом для пациентки.

Окончательное заключение можно сформулировать только по совокупности результатов гистологического и иммуногистохимического исследований, позволяющих выявить локальное воспаление эндометрия с отеком, повышенной плотностью стромальных клеток, диссоциацией созревания между эпителиоцитами и фибробластами, а также наличием плазмоцитарной инфильтрации стромы.

- Иммуногистохимическое исследование биоптатов эндометрия с выявлением CD138+ обеспечивает более высокую чувствительность при диагностике хронического эндометрита по сравнению только с окраской гематоксилином и эозином и морфологической оценкой.

Присутствие в эндометрии плазматических клеток чаще всего выявляют при иммуногистохимическом исследовании, используя в качестве маркера синдекан-1 (CD138+). Тем не менее CD138+ обнаруживают в строме и железах эндометрия (в фазе пролиферации и секреции соответственно), остатках трофобласта (например, после прерывания беременности на раннем сроке) и сквамозном эпителии (как при плоскоклеточной метаплазии, так и при контаминации образца цервикальным эпителием шейки матки). Высокую диагностическую значимость независимо от фазы цикла имеет комбинация маркеров CD8+, CD20+, CD4+ и CD138+, позволяющая к тому же оценить степень выраженности хронического эндометрита.

- Наиболее часто биопсию эндометрия выполняют в фолликулиновую фазу менструального цикла.

Маркеры воспаления наименее выражены в пролиферативную фазу, что важно для уменьшения количества ложноположительных заключений.

Контраверсионное мнение свидетельствует о целесообразности биопсии во второй половине менструального цикла, так как хронический эндометрит нередко маскирует гиперпластические процессы, и в пролиферативную фазу не всегда возможно дифференцировать выявленные изменения. Вероятные дополнительные преимущества исследования биологического материала в этот период приведены ниже.

- Уменьшение риска травматизации базального слоя благодаря большей толщине эндометрия.
- Выявление многочисленных биологических маркеров, ассоциированных с имплантационными свойствами эндометрия.
- Оценка влияния эндометрита на рецепторный профиль в период «окна имплантации».
- Не рекомендовано выполнять гистероскопию без биопсии для диагностики хронического эндометрита.
- Раздельное диагностическое выскабливание для верификации патологических изменений эндометрия или двукратная биопсия для диагностики хронического эндометрита и оценки рецепторного статуса у одной пациентки в течение одного менструального цикла неприемлемы.

.

Кариотипирование пары

- При спорадической неразвивающейся беременности нет оснований для кариотипирования будущих родителей. Кариотипирование пар с привычной потерей беременности следует рекомендовать лишь после индивидуальной оценки рисков.

При выявлении структурных аномалий хромосом показано медико-генетическое консультирование пары. Вероятность выявления сбалансированной транслокации в паре низка (2%), а частота рождения живого ребенка с генетическими аномалиями при этом состоянии еще ниже, поэтому кариотипирование всех пар с привычной потерей беременности нецелесообразно.

- При выявлении генетических аномалий у будущих родителей рекомендована консультация генетика для оценки шансов рождения здорового потомства.

Если вероятность рождения в семье ребенка с той или иной генетической аномалией велика, можно предложить супружеской паре методы ЭКО с преимплантационным генетическим тестированием или донорство ооцитов или спермы.

.

Дополнительные методы исследования

- МРТ позволяет дифференцировать гипертрофические и атрофические формы хронического эндометрита и получить данные об изменении миометрия.

Абилитация и прегравидарная подготовка
Только комплексный подход позволяет сохранить репродуктивное здоровье женщины и избежать в последующем неблагоприятных исходов беременности. Осложненное течение послеабортного периода у женщин с неразвивающейся беременностью часто связано с неполноценной регенерацией эндометрия как после инфицированного, так и после асептического эндометрита. Причинными агентами выступают условно-патогенные микроорганизмы или вирусы.
Многие мероприятия по профилактике рецидивов не имеют доказательной базы, однако эмпирическая терапия помогает добиться успешной беременности в будущем. Несмотря на то что у многих методов лечения к настоящему моменту не сформирована убедительная доказательная база, выявление и корригирование факторов риска и нарушений, которые предположительно связаны с неразвивающейся беременностью, способствуют успешной реализации репродуктивных планов пары.
.

Модификация образа жизни

- Пациентке должен быть рекомендован отказ от курения, в том числе от пассивного.
- Желательно снизить стрессовые нагрузки, нормализовать режим сна и бодрствования, обеспечить регулярную умеренную физическую нагрузку. Для создания оптимальных условий для синтеза соматотропина и мелатонина рекомендованы отход ко сну не позднее 23:00 и его длительность 7–8 ч. Умеренные физические нагрузки ассоциированы со снижением риска невынашивания.
- Сбалансированный рацион питания и нормализация массы тела повышают вероятность успешного зачатия и нормального течения беременности.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Белковый компонент рациона должен составлять не менее 120 г в сутки. Не следует злоупотреблять фруктами (оптимально съедать два крупных плода в день). Целесообразно увеличить употребление рыбы и морепродуктов (более 350 г в неделю), содержащих ω-3- и ω-6-полиненасыщенные жирные кислоты.
Недостаточное питание служит причиной дефицита витаминов, электролитных нарушений, неблагоприятных изменений функций сердечно-сосудистой системы и заболеваний ЖКТ, значимо повышающих перинатальный риск.
.

Эндокринные нарушения

- Пациентке с избыточной массой тела, ожирением или дефицитом массы тела рекомендована ее нормализация.

Коррекция образа жизни и пищевого поведения — главный залог успешного снижения массы тела. Нужно поощрять пациентку в постановке цели похудения, активных действиях по потере массы тела, ведении дневников питания, внимательном изучении этикеток продуктов.
Наиболее безопасным и эффективным считают постепенное (0,5–1,0 кг в неделю) снижение массы тела в течение 4–6 мес и длительное удержание результата. Это позволяет избежать потери мышечной и костной массы, а также жидкости. Рекомендована консультация эндокринолога, диетолога, психологическая поддержка (групповая и индивидуальная психотерапия).

- При неэффективности терапевтической модификации образа жизни (снижение массы тела менее 5% в течение 3 мес) рекомендована медикаментозная терапия.
- Для коррекции метаболического синдрома назначают инсулиносенситайзеры.

Препарат из группы бигуанидов — метформин — повышает чувствительность тканей к инсулину. Его не рекомендуют использовать для лечения ожирения, не связанного с инсулинорезистентностью. Следует учитывать, что метформин может повышать уровни гомоцистеина. При терапии необходим дополнительный прием фолатов.

- СД 1-го и 2-го типов может приводить к неразвивающейся беременности.

Компенсированный СД 2-го типа практически не влияет на прогноз беременности. Именно поэтому необходимо корригировать углеводный обмен на этапе прегравидарной подготовки, а также обеспечивать нормальную концентрацию глюкозы в плазме крови во время гестации.

- При планировании беременности рекомендовано добиться стойкой компенсации СД за 3–4 мес до предполагаемого зачатия для профилактики пороков развития плода и снижения рисков для матери и плода.

Необходимо использовать надежные методы контрацепции на этапе компенсации СД. Женщина должна подойти к зачатию на пике соматической формы.
Планирование беременности возможно только после достижения целевых уровней глюкозы плазмы натощак/перед едой — до 6,1 ммоль/л, через 2 ч после еды — до 7,8 ммоль/л. Концентрация HbA1c в норме составляет 6% и менее.

- СПКЯ ассоциирован с неблагоприятными репродуктивными исходами, включая неразвивающуюся беременность. У пациенток с неразвивающейся беременностью на фоне СПКЯ, помимо метаболических нарушений, подтверждены изменения качественного и количественного состава тучных клеток (увеличение содержания в 1,3–4,4 раза) в образцах децидуальной ткани.
- Заболевания щитовидной железы нередко диагностируют у пациенток с невынашиванием беременности. Планирование беременности требует обязательной компенсации гипотиреоза. Готовиться к гестации у пациенток с гипертиреозом целесообразно только после радикального лечения: тиреоидэктомии или терапии радиоактивным йодом. Некоторые исследователи считают, что определение антител к тиреопероксидазе может служить самостоятельным маркером беременности повышенного риска, однако этот вопрос дискутабелен.
- Гиперпролактинемия ассоциирована с невынашиванием беременности, включая неразвивающуюся беременность. До наступления беременности концентрацию пролактина необходимо нормализовать и добиться сокращения макропролактиномы в размерах при ее наличии.
- Универсального алгоритма физиотерапевтической реабилитации после неразвивающейся беременности не разработано. В клинической практике используют следующие физиотерапевтические процедуры:

- низкоинтенсивную лазерную терапию;
- низкочастотную магнитотерапию;
- фонофорез лекарственных веществ (гиалуронидаза, трипсин);
- электрофорез с цинком, медью, магнием, йодом;
- амплипульстерапию;
- низкочастотную УЗ-кавитацию.
- У пациенток с неразвивающейся беременностью и внутриматочными синехиями возможно использование физиотерапевтических методов в целях предупреждения рецидивов после хирургического лечения. Эффективность гистероскопического адгезиолизиса повышают орошение полости матки кавитированными низкочастотным ультразвуком растворами, магнито- и пелоидотерапия.

Грязелечение назначают в виде аппликаций на нижнюю половину туловища, ректальных и/или вагинальных тампонов. Возможно дополнение пелоидотерапии гинекологическим массажем.

- Пациенткам с хроническим эндометритом показано назначение санаторно-курортного лечения. Пациенткам показано лечение в санаторно-курортных организациях в климатической зоне их проживания.

Рекомендованы курорты:

- бальнеологические (с сероводородными, радоновыми, йодобромными, хлоридными, натриевыми, кремнистыми термальными водами);
- грязевые.

Физиотерапию назначают с 5–7-го дня менструального цикла ежедневно, курс лечения составляет от 10 до 30 процедур.
.

Воспалительные заболевания
ВЗОМТ и инфекции, передаваемые половым путем.

- Если при обследовании пациентки выявлены ВЗОМТ или ИППП, специфическое лечение ей и ее половому партнеру назначают в соответствии с профильными КР. Антибактериальные препараты широкого спектра действия, активные в отношении , и анаэробных возбудителей, используют при терапии ВЗОМТ только при наличии показаний. Клиническое улучшение (уменьшение лихорадки, интенсивности тазовой боли и т.д.) обычно наблюдают в течение 3 сут после начала антибактериальной терапии. При отсутствии положительной динамики через 72 ч после начала лечения рекомендованы госпитализация, пересмотр антибактериальной терапии и дополнительные диагностические мероприятия (включая лапароскопию для исключения иных патологических состояний). Обоим партнерам следует избегать незащищенных половых контактов до завершения курса лечения.

N. gonorrhoeaeC. trachomatis

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Вирусные инфекции.

- Этиотропная терапия большинства вирусных инфекций человека не разработана. Основа борьбы с вирусными инфекциями, ассоциированными с невынашиванием, в том числе с неразвивающейся беременностью, — вакцинация и/или неспецифическая профилактика инфицирования и обострений заболевания.
- Если планирующая беременность пациентка серонегативна в отношении вирусов кори, краснухи и ветряной оспы, рекомендована вакцинация не менее чем за 3 мес до зачатия. Эффективность вакцинации составляет 96% и обеспечивает иммунитет на период 12 лет и дольше.
- Всем пациенткам с первичным эпизодом герпесвирусной инфекции или при рецидиве рекомендована терапия синтетическими ациклическими нуклеозидами. Возможно использование интерферонов и синтетических индукторов интерферона. При тяжелом течении инфекции рекомендована комбинированная терапия индукторами интерферона и синтетическими ациклическими нуклеозидами. Пациенткам с частыми рецидивами (более 6 раз в год) или при монотонном типе заболевания, а также при неэффективности эпизодического лечения рекомендовано назначение супрессивной терапии.
- Всем пациенткам с первичным эпизодом цитомегаловирусной инфекции или при рецидиве рекомендована терапия синтетическими ациклическими нуклеозидами. Возможно использование синтетических индукторов интерферона. При активной инфекции в период гестации рекомендовано применение специфического иммуноглобулина.
- Для предупреждения гриппа и COVID-19 рекомендована специфическая иммунопрофилактика мужчин и женщин репродуктивного возраста на этапе планирования беременности. Во время гестации вакцинация против гриппа предписана российским Национальным календарем профилактических прививок. Временные методические рекомендации «Порядок проведения вакцинации взрослого населения против COVID-19» допускают иммунизацию беременных с высоким риском тяжелого течения заболевания.

Хронический эндометрит.

- Хронический эндометрит часто наблюдают при задержке остатков продуктов зачатия в полости матки.
- Основная цель лечебной стратегии при хроническом эндометрите — элиминация инфекта.
- Антибиотикотерапия у женщин с хроническим эндометритом и невынашиванием беременности в анамнезе способна повысить вероятность рождения живого ребенка.
- Первый этап лечения хронического эндометрита при подтвержденной бактериальной этиологии — этиотропная антибиотикотерапия, желательно с учетом лекарственной чувствительности инфекта. Рекомендованы антибиотики . По данным американских и японских специалистов, частота излечения хронического эндометрита при назначении доксициклина в дозе 100 мг 2 раза/сут перорально на протяжении 2 нед достигает 66–92%. Использование в качестве подхода второй линии комбинации метронидазол 250 мг + ципрофлоксацин 200 мг 2 раза/сут перорально на протяжении 2 нед позволило достичь частоты успешных результатов свыше 99%. Дополнительное введение антимикробных средств в полость матки служит предметом клинических испытаний. По некоторым данным, включение дидрогестерона в состав комбинированной терапии улучшает результативность лечения в сравнении с изолированным применением антибиотиков.

per os

- При сочетании хронического эндометрита и полипов слизистой оболочки матки гистероскопическая полипэктомия может обеспечить излечение пациентки даже в отсутствие антибиотикотерапии. Необоснованная антибиотикотерапия может задержать выздоровление и, более того, снизить положительный эффект полипэктомии в отношении хронического эндометрита и вероятности наступления беременности.
- Если результаты инфекционного скрининга отрицательны, но диагноз хронического эндометрита подтвержден лабораторно, наиболее вероятен аутоиммунный характер воспалительного процесса. При хроническом аутоиммунном эндометрите (по результатам гистероскопии, исследования биоптата эндометрия, УЗИ с цветовым допплеровским картированием) необходимо снизить активность воспаления и нормализовать локальные биохимические процессы в тканях (с использованием антипростагландинов — НПВС), восстановить рецептивность и иммунный ответ эндометрия (в том числе назначением эстрогенов и гестагенов в индивидуально подобранных дозировках) и улучшить кровоток в малом тазу (вазоактивные средства, физио- и бальнеотерапия).
- Второй этап лечения состоит в восстановлении морфофункционального потенциала эндометрия — устранении вторичных повреждений и обеспечении регенерации. В зависимости от предполагаемой этиологии хронического эндометрита и клинических характеристик часто используют дополнительные виды терапии (эпигенетическую, противовирусную, антиоксидантную, энзимотерапию, иммуномодулирующую, физиотерапию, гормональную поддержку лютеиновой фазы менструального цикла, коррекцию вагинального биоценоза).

Восстановление эндометрия.

- В программу лечения хронического эндометрита рекомендовано включать мероприятия, направленные на восстановление секреторной трансформации эндометрия и его рецептивности. Хроническому эндометриту часто сопутствует дисфункция эндометрия (эндометриопатия), при которой наблюдают нарушения не только рецептивности, но и секреции гликоделина, интегринов, а также задержку в развитии пиноподий одновременно с изменениями местного иммунитета. На ультраструктурном уровне выявляют признаки остаточной воспалительной реакции, микроциркуляторных нарушений, эндотелиальной дисфункции и оксидативного стресса. При эндометриопатии лечение и реабилитация женщин должны быть направлены в первую очередь на индукцию регенерации слизистой оболочки матки.
- В российской практике при толщине эндометрия менее 8 мм на 21–24-й день цикла (по данным УЗИ) назначают циклическую эстроген-гестагенную терапию. Препараты эстрадиола рекомендуют назначать трансдермально или перорально в индивидуально подобранных дозах (1–4 мг/сут в зависимости от толщины слизистой оболочки матки), причем не только в первую, но и во вторую половину цикла (с 5-го по 25-й день). С 14–16-го дня к лечению добавляют гестагены; возможно использование микронизированного прогестерона или дидрогестерона.
- Пациенткам с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (в том числе с перенесенной неразвивающейся беременностью) рекомендована рутинная дотация гестагенов на этапе прегравидарной подготовки.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Прием препаратов необходимо продолжать как минимум на протяжении I триместра беременности.
Нарушение рецептивности эндометрия на фоне хронического эндометрита и гипопластически-апластического синдрома, нередко возникающее после неразвивающейся беременности, ассоциировано с невынашиванием.
Дидрогестерон и микронизированный прогестерон (в отличие от других гестагенов) по схеме, рекомендованной для прегравидарной подготовки, не угнетают овуляцию и не препятствуют наступлению беременности.

- Дидрогестерон назначают внутрь в дозе 10 мг/сут с 14-го по 25-й день цикла, а при наступлении беременности дозу увеличивают до 20 мг/сут (в два приема). Для дальнейшей гестагенной поддержки прогрессирующей беременности препарат разрешено применять до 20-й недели гестации с постепенным снижением дозы.
- Микронизированный прогестерон назначают вне беременности перорально и интравагинально в дозе 200–300 мг/сут с 17-го по 26-й день цикла; при наступлении беременности применение препарата продолжают в дозе 200–400 мг/сут интравагинально. Микронизированный прогестерон разрешен до 34-й недели гестации включительно (пролонгация терапии после 22-й нед показана женщинам с высоким риском ПР).

В качестве вспомогательных методов для восстановления эндометрия допустимо использовать способы, эффективность которых пока не получила убедительного подтверждения в рамках доказательной медицины.
В российской практике при толщине эндометрия на 21–24-й день менструального цикла менее 8 мм (по данным УЗИ) эффективно используют противовоспалительную, иммуномодулирующую и фаготерапию, а также физиолечение и орошение полости матки кавитированными низкочастотным ультразвуком лекарственными растворами.

АФС.

- Пациенток с подтвержденным АФС на прегравидарном этапе и во время беременности ведут совместно акушер-гинеколог и гематолог.
- При подтвержденном АФС у пациентки с неразвивающейся беременностью в анамнезе на прегравидарном этапе назначают профилактические дозы ацетилсалициловой кислоты. После положительного теста на беременность дополнительно используют профилактические дозы нефракционированного или низкомолекулярного гепарина.

По итогам Кокрейновского обзора (11 исследований, = 1295) комбинация гепарина и ацетилсалициловой кислоты увеличивает вероятность живорождений (ОР 1,27; 95% ДИ 1,09–49,5) по сравнению с монотерапией ацетилсалициловой кислотой (Аспирин). При этом у пациенток не отмечали индуцированной тромбоцитопении, аллергических реакций, венозных или артериальных ТЭО, а также пороков развития плода.

n
Профилактика отдаленных осложнений:

- ;

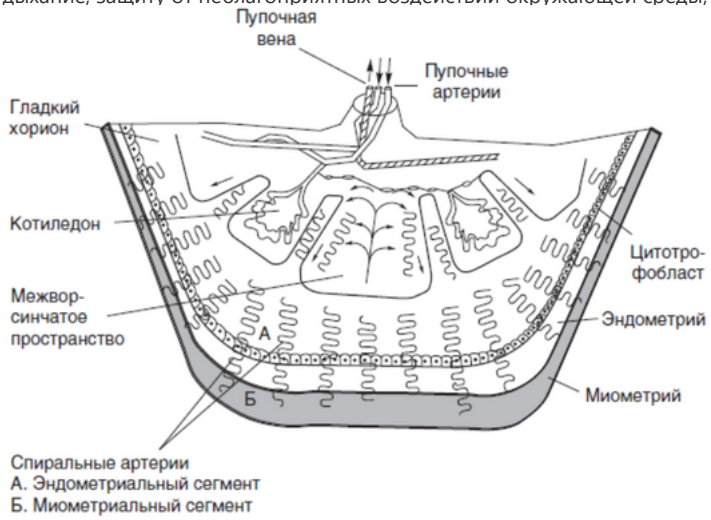
восстановление влагалищной микробиоты

- ().

коррекция гормонального статуса для нормализации состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, восстановления рецепторов к гормонам на клетках поврежденного эндометрия
Особенности ведения беременности после экстракорпорального оплодотворения
Организм женщины, нуждающейся в ВРТ, зачастую не способен без квалифицированной медицинской помощи выносить беременность. Именно поэтому 22–44% маточных беременностей не удается спасти. Частота прерывания беременности зависит от возраста женщины (менее 35 лет — 10,5%; 35–39 лет — 16,1%, более 40 лет — 42,9%), а также от причины, приведшей к бесплодию.
К особенностям течения беременности, возникшей в результате ВРТ, относят:

- тенденцию к невынашиванию (наличие по умолчанию риска недостаточности лютеиновой фазы);
- риск ВБ;
- многоплодную беременность;
- повышенный риск пороков развития плода;
- высокий инфекционный индекс.

В I триместре 25–30% беременностей после ЭКО заканчиваются ее прерыванием. С целью воздействия на эндокринные причины невынашивания все беременные после ЭКО получают гормональную поддержку. Решение вопроса о назначении определенных доз гормонов и длительности терапии определяется исходным гормональным профилем женщины, особенностями модулированного фолликулогенеза, количеством фолликулов, количеством желтых тел. Рекомендуют применение препаратов прогестерона и его аналогов. После 22-й нед при (укорочение шейки матки) проводят токолитическую терапию и назначают микронизированный прогестерон (разрешен до 34-й нед).
доказанной угрозе ПР
Группа риска плацентарной недостаточности
Плацента представляет собой сложный провизорный орган, выполняющий целый ряд важнейших функций, связанных с обеспечением развития плода и адаптацией материнского организма к беременности. Для плода плацента является органом, обеспечивающим его питание, дыхание, защиту от неблагоприятных воздействий окружающей среды, органом внутренней секреции и поддержания гомеостаза (рис. 4.1).



Плацентарное ложе (схематическое изображение)
Рис. 4.1.
Нарушения плацентарного кровотока могут быть обусловлены патологическими изменениями в сосудистой стенке матки, межворсинчатом пространстве плаценты, сосудах плаценты и пуповины. При этом ведущую роль в патогенезе плацентарной недостаточности играют изменения спиральных артерий. Важное значение имеет состояние артерий до наступления беременности и в первые недели гестации.
Плацентарная недостаточность — синдром, характеризующийся сложной поликаузальной реакцией плода и плаценты, возникающий при самых различных состояниях материнского организма, в основе которого лежит нарушение компенсаторно-приспособительных механизмов фетоплацентарного комплекса на молекулярном, клеточном, тканевом, органном уровнях, то есть плацентарная недостаточность — это универсальная патологическая реакция плаценты на воздействие повреждающих факторов.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Использующиеся ранее классификации плацентарной недостаточности по срокам и периодам ее развития в настоящее время не применяются, поскольку доказанных методов лечения ни первичной, ни вторичной, а также ранней, поздней и любых прочих недостаточностей не существует.
Относительно акушерской тактики практическую ценность имеет разделение по клиническому течению.

- **Острая плацентарная недостаточность** *связана с нарушением децидуальной перфузии и маточно-плацентарного кровообращения. Острая плацентарная недостаточность возникает как следствие преждевременной отслойки плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы и отслойки предлежащей плаценты, в результате чего наступает гибель плода. Единственная возможность спасения плода, достигшего жизнеспособности, — немедленное родоразрешение.*

- **Хроническая плацентарная недостаточность** *связана с длительно текущими изменениями фетоплацентарного гомеостаза вследствие нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в сочетании с циркуляторными расстройствами и инволютивно-дистрофическими изменениями. К развитию хронической ФПН приводят все акушерские и экстрагенитальные заболевания женщины во время беременности. В этом случае возможно наблюдение до выявления гипоксии и ЗРП, при необходимости — подготовка к досрочному родоразрешению после профилактики респираторного дистресс-синдрома глюкокортикоидами до 33–34-й недели.*

Проявлением плацентарной недостаточности является снижение функций плаценты и, как следствие, страдание плода. Именно поэтому в клинической практике будет точнее применять термин ФПН.
ФПН составляет в структуре причин перинатальной смертности более 20%. Многолетние наблюдения многих авторов за развитием детей, рожденных матерями с диагностированной ФПН, позволили прийти к выводу, что указанное состояние обусловливает не только резкое увеличение перинатальной смертности, но и многочисленные изменения в организме ребенка, которые на протяжении первых лет жизни становятся причиной нарушений в его физическом и умственном развитии, а также повышенной соматической и инфекционной заболеваемости.
Выявлено негативное влияние маловесности (как следствия плацентарной недостаточности) на всю дальнейшую жизнь человека, ее продолжительность и качество, заболеваемость в течение жизни.
Терапевтическое окно наших возможностей крайне мало — мы не можем воздействовать на процесс и должны своевременно родоразрешить женщину при усугублении тяжести ФПН.
Факторы, предрасполагающие к ФПН:

- ();

социально-биологические: возраст матери менее 18 лет, особенно при гинекологическом возрасте менее 2 лет, курение, потребление алкоголя, прием ряда медикаментов, хронический психоэмоциональный стресс, низкий уровень жизни, проживание в экологически неблагоприятном районе

- ;

данные акушерского анамнеза: ПР, осложнения предыдущих беременностей и родов, бесплодие, пороки развития матки, ИЦН

- ;

экстрагенитальные заболевания: болезни сердца и сосудов, болезни почек, эндокринной системы, заболевания крови, острые и хронические инфекции

- ;

осложнения данной беременности: кровотечения во второй половине беременности, много- и маловодие, многоплодная беременность, перенашивание беременности, угроза ее прерывания, ПЭ, изоантигенная несовместимость крови матери и плода

- ().

состояние плода врожденные аномалии развития, аномалии плаценты и пуповины

ЗРП — термин, характеризующий патологически маленький плод, который не достиг своего потенциала роста и имеет высокий риск перинатальных осложнений [отмечается замедление показателей прироста предполагаемой массы плода (ПМП) и/или ОЖ <10-го процентиля в сочетании с патологическим кровотоком по данным УЗ-допплерографии или значения ПМП и/или ОЖ <3-го процентиля]. Малый для гестационного возраста плод (МГВ, англ. small for gestational age) — гетерогенная группа плодов с размерами ниже предопределенного порогового значения для соответствующего гестационного возраста, но низким риском перинатальных осложнений. Пример: плод со значением ПМП/ОЖ в интервале от 3-го до 9-го процентиля в сочетании с нормальными показателями кровотока по данным УЗ-допплерографии и динамикой прироста ПМП и/или ОЖ, а также плоды, имеющие конституционально малый размер. Причины, приводящие к развитию ЗРП, можно разделить на четыре группы: материнские, плацентарные, плодовые и генетические. Несмотря на то что патофизиология их различна, все они в конечном счете ведут к одному и тому же результату: снижению маточно-плацентарной перфузии и питания плода. Имеются данные о возможном влиянии ИППП, а также цитомегавирусной инфекции у плода. Частота ХА [трисомии 13 (синдром Патау), трисомии 18 (синдром Эдвардса) и трисомии 21 (синдром Дауна)] при ЗРП выше общепопуляционной и может достигать 7–19% [КР «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022] (табл. 4.7).

Факторы риска задержки роста плода/малого для гестационного возраста плода [Клинические рекомендации «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022]

Таблица 4.7.

Факторы риска, доступные для сбора на сроке беременности до 12 нед

Категория риска	**Определение риска**	**Риск [отношение шансов (ОШ)/ОР],** *n* **(95% ДИ)**
Материнские факторы риска		
Возраст	Возраст матери >35 лет	1,4 (1,1–1,8)
Возраст матери >40 лет	3,2 (1,9–5,4)	
Паритет	Нерожавшие	1,89 (1,82–1,96)
ИМТ	<20	1,2 (1,1–1,3)
	25,0–29,9	1,2 (1,1–1,3)
>30	1,5 (1,3–1,7)	
Воздействие вредных веществ на организм матери	Курение	1,4 (1,2–1,7)
	Выкуривание 1–10 сигарет в день	1,54 (1,39–1,7)
Выкуривание >10 сигарет в день	2,21 (2,03–2,4)	
Кокаин	3,23 (2,43–4,3)	
ЭКО	Одноплодная беременность после ЭКО	1,6 (1,3–2,0)
Физическая нагрузка	Ежедневная интенсивная физическая нагрузка	3,3 (1,5–7,2)
Диета	Низкое потребление фруктов до беременности	1,9 (1,3–2,8)
Анамнез акушерский		
МГВ в анамнезе	МГВ в анамнезе	3,9 (2,14–7,12)
Мертворождение в анамнезе	Мертворождение в анамнезе	6,4 (0,78–52,56)
ПЭ в анамнезе	ПЭ	1,31 (1,19–1,44)
Интергравидарный интервал	Интергравидарный интервал <6 мес	1,26 (1,18–1,33)
Анамнез матери		
МГВ	МГВ у матери	2,64 (2,28–3,05)
АГ	Хроническая АГ	2,5 (2,1–2,9)
СД	СД и сосудистые заболевания	6 (1,5–2,3)
Заболевания почек	Почечная недостаточность	5,3 (2,8–10,0)
АФС	АФС	6,22 (2,43–16,0)
Анамнез отца		
МГВ	МГВ в анамнезе	3,47 (1,17–10,27)
Факторы риска, относящиеся к осложнениям/особенностям течения текущей беременности		
Угроза прерывания	Обильное кровотечение, аналогичное по интенсивности менструации	2,6 (1,2–5,6)
Эхографическая картина	Эхогенный кишечник	2,1 (1,5–2,9)
ПЭ	ПЭ	2,26 (1,22–4,18)
Индуцированная беременностью гипертензия	Умеренная	1,3 (1,3–1,4)
Тяжелая	2,5 (2,3–2,8)	
Отслойка плаценты	Отслойка плаценты	1,3–4,1
Дородовое кровотечение	Дородовое кровотечение	5,6 (2,5–12,2)
Прибавка массы тела	Низкая прибавка массы тела у матери	4,9 (1,9–12,6)
Воздействие веществ	Кофеин >300 мг/сут в III триместре	1,9 (1,3–2,8)
Маркер синдрома Дауна	PAPP-A <0,4 MoM	2,6

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Данная таблица приведена из клинических рекомендаций RCOG (2013). Однако в настоящее время используется комбинированный скрининг на ЗРП/МГВ (см. ниже) по аналогии с ПЭ. Поэтому факторы риска, приведенные в таблице, играют важную, но не всегда решающую роль в определении риска ЗРП/МГВ.

Примечание.

В МКБ-10 выделяют:

- O36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- P05 Замедленный рост и недостаточность питания плода;
- P07 Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, не классифицированные в других рубриках.

Диагностика

В клинической практике повсеместно используются критерии, разработанные международным консенсусом, достигнутым в рамках протокола Delphi.
Рекомендуется выделять два основных фенотипа ЗРП: ранний (при постановке диагноза до 32-й нед беременности) и поздний (при постановке диагноза после 32-й нед).
Критерии диагноза ЗРП варьируют в зависимости от руководства и авторских групп. Критерии, предложенные международным консенсусом Delphi, являются наиболее признанными. Также используются критерии ЗРП на основе ПМП <10-го процентиля с использованием стандарта роста, разработанного Hadlock et al. Оба критерия имеют сопоставимые характеристики, в то же время применение критериев Delphi связано с лучшим прогнозом неблагоприятных неонатальных исходов.
Термины «симметричная форма», «асимметричная форма» ЗРП в настоящее время не рекомендуются к использованию, так как считается, что они не предоставляют дополнительной информации относительно этиологии или прогноза состояния плода.
[КР «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022].
ЗРП не имеет специфической клинической картины, однако ЗРП часто сочетается с ПЭ и при дебюте ПЭ необходимо исключать ЗРП
Рост плода (физическое развитие плода) — это динамический процесс, выявление его нарушений требует многократного контроля за темпами прироста ребенка на протяжении беременности. Физические параметры (размеры) плода определяются при измерении в ходе УЗИ окружности головы, бипариетального размера головы, ОЖ, длины бедренной кости и/или ПМП, вычисляемой по различным формулам. ЗРП не может быть выявлен при однократном измерении размеров, а потенциал роста является понятием гипотетическим (табл. 4.8).
Определения малого для гестационного возраста плода и задержки роста плода [Клинические рекомендации «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022]
Таблица 4.8.

	Термин	**Определение**
МГВ	Плод со значением ПМП/ОЖ в интервале от 3-го до 9-го процентиля в сочетании с нормальными показателями кровотока по данным УЗ допплерографии и нормальной динамикой прироста ПМП и/или ОЖ	
ЗРП	Замедление прироста показателей ПМП и/или ОЖ либо значения ПМП и/или ОЖ <10-го процентиля в сочетании с патологическими показателями кровотока по данным УЗ-допплерографии; или значения ПМП и/или ОЖ <3-го процентиля	
Выраженная ЗРП	ПМП <3-го процентиля	

Основное различие между МГВ и ЗРП заключается в том, что МГВ может быть маленьким, но не подвержен повышенному риску неблагоприятного перинатального исхода, в то время как плод с размером выше 10-го процентиля может иметь ЗРП и повышенный риск неблагоприятного перинатального и отдаленного исхода.
Примечание.
. Рекомендована оценка факторов риска ЗРП при первом визите беременной пациентки.
Жалобы и анамнез
во время беременности должно соответствовать КР «Нормальная беременность» (2020).
Физикальное обследование
Рекомендовано измерение ВДМ с последующим использованием специальных таблиц роста как первый уровень скрининговой диагностики ЗРП вопреки ограниченной ценности.
Несмотря на невысокую чувствительность и специфичность, определение массо-ростовых показателей и ВДМ — единственные общедоступные методы рутинного физикального обследования. Необходимо измерять ВДМ и вносить данные в индивидуальные графики гравидограммы; диагностировать субоптимальный рост плода, применяя правило Макдональда, когда высота стояния дна матки меньше чем на ≥3 см соответствующего срока беременности в неделях.
Рекомендовано измерение ВДМ с 22-й нед беременности с целью выявления недостаточного роста плода (табл. 4.10).
Измерение ВДМ с 22-й нед может способствовать своевременному выявлению МГВ, поскольку отставание роста может появиться как между 22- и 32-недельными УЗ-исследованиями, так и после 32-й нед беременности. Высота стояния дна матки, не соответствующая сроку беременности, а также ИМТ >35, наличие миомы матки больших размеров, многоводия и т.д. служат показаниями к дополнительному УЗИ.
Рекомендовано УЗИ плода с оценкой объема околоплодных вод после 26-й нед, если ВДМ на 3 см меньше соответствующего срока беременности в неделях [КР «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022] (табл. 4.9).

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Критерии диагностики задержки роста плода с ранним и поздним началом на основе критериев международного консенсуса Delphi [Клинические рекомендации «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022]
Таблица 4.9.

Фенотип	
Ранняя ЗРП	
Поздняя ЗРП	
Диагноз установлен впервые до 32 нед беременности при отсутствии врожденных аномалий	Диагноз впервые установлен в сроке ≥32 нед беременности при отсутствии врожденных аномалий
Абсолютные критерии	
ОЖ ПМП <3-го процентиля нулевой диастолический кровоток в артериях пуповины	
и/или или	
ОЖ ПМП <3-го процентиля	
и/или	
Относительные критерии	
ОЖ ПМП <10-го процентиля ПИ в маточных артериях >95-го процентиля ПИ в артериях пуповины >95-го процентиля	
и/или в сочетании с	
и/или	
1) ОЖ ПМП <10-го процентиля; 2) замедление динамики прироста ОЖ ПМП, пересекающие более двух квартилей на процентильных графиках роста; 3) церебрально-плацентарное отношение <5-го процентиля ПИ в артериях пуповины >95-го процентиля	
Необходимо как минимум два из трех следующих критериев:	
и/или	
и/или	
или	

Международные стандарты оценки высоты стояния дна матки во время беременности [Клинические рекомендации «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022]
Таблица 4.10.

Референсные значения высоты стояния дна матки, см							
Гестационный возраст, полных недель							
Процентиль							
3-й	**5-й**	**10-й**	**50-й**	**90-й**	**95-й**	**97-й**	
16	13,2	13,5	14,0	15,8	17,6	18,1	18,5
17	14,1	14,4	14,9	16,8	18,6	19,1	19,5

18	15,0	15,4	15,9	17,8	19,6	20,2	20,5
19	16,0	16,3	16,9	18,8	20,7	21,2	21,5
20	16,9	17,3	17,8	19,8	21,7	22,2	22,6
21	17,9	18,2	18,8	20,8	22,7	23,3	23,6
22	18,8	19,2	19,8	21,8	23,8	24,3	24,7
23	19,8	20,1	20,7	22,8	24,8	25,4	25,7
24	20,7	21,1	21,7	23,8	25,8	26,4	26,8
25	21,7	22,1	22,7	24,7	26,8	27,4	27,8
26	22,6	23,0	23,6	25,7	27,9	28,5	28,9
27	23,5	23,9	24,6	26,7	28,9	29,5	29,9
28	24,5	24,9	25,5	27,7	29,9	30,5	30,9
29	25,4	25,8	26,4	28,6	30,9	31,5	31,9
30	26,3	26,7	27,3	29,6	31,8	32,5	32,9
31	27,1	27,6	28,2	30,5	32,8	33,5	33,9
32	28,0	28,4	29,1	31,4	33,8	34,4	34,8
33	28,9	29,3	30,0	32,3	34,7	35,4	35,8
34	29,7	30,1	30,8	33,2	35,6	36,3	36,7
35	30,5	30,9	31,6	34,0	36,5	37,2	37,6
36	31,3	31,7	32,4	34,9	37,3	38,0	38,5
37	32,0	32,5	33,2	35,7	38,2	38,9	39,3
38	32,8	33,2	33,9	36,5	39,0	39,7	40,2
39	33,5	33,9	34,7	37,2	39,8	40,5	41,0
40	34,1	34,6	35,4	38,0	40,5	41,3	41,8
41	34,8	35,3	36,0	38,7	41,3	42,0	42,5
42	35,4	35,9	36,9	39,3	42,0	42,7	43,2

Лабораторные диагностические исследования
Перечень лабораторных диагностических исследований во время беременности должен соответствовать КР «Нормальная беременность» (2020).
Рекомендовано исследование уровня PAPP-A PIGF в сыворотке крови беременной в рамках скрининга I триместра беременности для выявления высокого риска развития МГВ и ЗРП. PAPP-A является биомаркером функции плаценты в I триместре, несмотря на ограниченную прогностическую значимость.
и/или
исследование уровня белка А, связанного с беременностью, в крови беременной пациентки с целью диагностики ЗРП.
Не рекомендовано
Согласно некоторым исследованиям, использование соотношения PIGF и sFlt-1 в сыворотке крови может быть полезным в дифференциальной диагностике МГВ и ЗРП. Однако отсутствие убедительных интервенционных клинических испытаний в настоящее время не позволяет рекомендовать эти маркеры в качестве дополнительного диагностического критерия к УЗИ [КР «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022] (табл. 4.11).
Основные характеристики ранней и поздней задержки роста плода [Клинические рекомендации «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022]
Таблица 4.11.

Характеристика	**Начало ЗРП**	
	раннее	**позднее**
Гестационный возраст на момент манифестации, нед	<32	≥32
Распространенность, %	0,5–1,0	5,0–10,0
Доля среди всех случаев ЗРП, %	30	70
Основная клиническая проблема	Менеджмент	Диагностика
Фетометрия	Чаще всего МГВ (<10-го процентиля)	Не обязательно МГВ (может быть >10-го процентиля, но имеет место выраженная динамика замедления роста в серии измерений)
УЗ-допплерография	Спектр допплеровских изменений, затрагивающих артерию пуповины, среднюю мозговую артерию и венозный проток	Перераспределение церебрального кровотока, кровоток в пупочной артерии может быть нормальным
Ассоциация с гипертензивными расстройствами во время беременности	Часто, сильная ассоциация с ПЭ	Не часто, слабая ассоциация с ПЭ
Плацентарная гистопатология	Неполноценная инвазия плаценты, неполная трансформация спиральных артерий, нарушение маточно-плацентарного кровотока	Менее специфические изменения
Перинатальные исходы	Высокая смертность и заболеваемость, недоношенность	Более низкая смертность и заболеваемость
Состояние сердечно-сосудистой гемодинамики матери	Низкий сердечный выброс, высокое периферическое сосудистое сопротивление	Менее выраженные сердечно-сосудистые нарушения у матери

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Инструментальные диагностические исследования
КР «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)» (2022).
Ультразвуковое исследование
Важность УЗИ в ранние сроки беременности подтверждена многими исследователями.
Рекомендовано при УЗИ плода при сроке беременности 11,0–13,6 нед измерение КТР плода, и при расхождении результатов на ≥5 дней с данными 1-го дня последней менструации производить коррекцию определения срока беременности по результатам УЗИ.
Беременным, включенным в группу высокого риска, рекомендовано УЗИ плода в 30–34 нед беременности с целью своевременной диагностики ЗРП.
При более ранней или более поздней манифестации ЗРП пациентке могут быть назначены дополнительные УЗИ. При УЗИ плода следует провести оценку ОЖ, окружности головы, бипариетального диаметра, длины бедренной кости, ПМП, измерение максимального вертикального кармана амниотической жидкости. Маловодие устанавливается при значениях максимального вертикального кармана жидкости менее 2 см, значениях индекса амниотической жидкости менее 5 см. В протоколе УЗИ должен быть указан процентиль ПМП. В 95% случаев возможно отклонение (ошибка расчета) ПМП до 20% массы тела при рождении.
устанавливать диагноз ЗРП на основании только одного размера плода, если ОЖ или ПМП не ниже 3-го процентиля.
Не рекомендовано
направлять беременную пациентку с момента постановки диагноза ЗРП или МГВ на УЗИ плода каждые 2 нед до родоразрешения с целью динамического контроля за ростом плода.
Рекомендовано

В настоящее время для оценки отклонений в физическом развитии родившегося ребенка используют шкалы INTERGROWTH-21 и центильные таблицы ВОЗ. Центильные значения ВОЗ более чувствительны для выявления плодов малых для гестационного возраста, все последние публикации рекомендуют использовать значения ВОЗ, если нет доступа к кастомизированным значениям. Если масса и/или длина тела ниже 10-го перцентиля, у ребенка диагностируется задержка внутриутробного развития. Показатели менее 3-го перцентиля свидетельствуют об умеренной или тяжелой задержке внутриутробного развития.

Ультразвуковая допплерография маточно-плацентарного кровотока

Беременную пациентку группы высокого риска ЗРП рекомендовано направлять на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока в объеме определения ПИ в артерии пуповины и маточных артериях в II (при сроке беременности 18–20 + 6 нед) и в III (при сроке беременности 30–34 нед) триместрах беременности с целью своевременной диагностики нарушения кровотока.

Для своевременного выявления ЗРП беременную пациентку с диагнозом МГВ рекомендовано до 32-й недели беременности направлять на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока в объеме определения ПИ в артерии пуповины и маточных артерий каждые 2 нед.

После 32-й нед беременности пациентку с МГВ рекомендовано направлять на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока объеме определения ПИ в артерии пуповины, маточных артерий и церебро-плацентарного отношения (ЦПО) 1 раз в неделю для своевременного выявления ЗРП. После 32-й нед беременности у пациенток с МГВ и нарушением ПИ в МА имеет место риск развития ЗРП.

С 32-й нед беременности пациентку с замедлением динамики роста ПМП и/или ОЖ на более чем 50 процентилей между предыдущим и данным измерениями рекомендовано направлять на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока в объеме определения ПИ в артерии пуповины, маточных артериях и ЦПО для своевременной диагностики ЗРП. При поздней ЗРП ЦПО является одним из наиболее важных показателей. При наличии ПИ в артерии пуповины >95-го процентиля показан мониторинг ЦПО не реже 1 или 2 раз в неделю (табл. 4.12). Исследование ЦПО и кровотока в средней мозговой артерии (СМА) плода в сроке до 32 нед беременности не влияет на выбор срока родоразрешения и прогнозирование неблагоприятных исходов.

Мониторинг, сроки и способ родоразрешения при задержке роста плода и малом для гестационного возраста плоде [Клинические рекомендации «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)», 2022]

Таблица 4.12.

	ЗРП	**Мониторинг**	**Срок и способ родоразрешения**
МГВ (ПМП 3–9-й процентиль) + нормальное количество вод, нормальные показатели допплерографии	Допплерография: до 32-й нед — ПА, с 32-й нед — ПА, СМА, ЦПО через 1–2 нед. УЗИ: каждые 2 нед. КТГ: 1–2 раза в неделю с 37-й нед		
			37–39 нед. Возможна индукция
ЗРП (ПМП <3-го процентиля) + нормальное количество вод, нормальные показатели допплерографии	Допплерография: до 32-й нед — ПА, с 32-й нед — ПА, СМА, ЦПО 1–2 раза в неделю. УЗИ: каждые 2 нед. КТГ: 1–2 раза в неделю с 37-й нед		
			36–38 нед. Возможна индукция
ЗРП в сочетании с нарушением показателей допплерографии: ПИ в ПА >95-го процентиля ПИ в СМА <5-го процентиля ЦПО <5-го процентиля ПИ в МА >95-го процентиля, при маловодии и подозрении на ПЭ			
или			
или			
или			
Рассмотреть возможность стационарного мониторинга. Рассмотреть возможность профилактики респираторного дистресс-синдрома. КТГ: 1–2 раза в неделю. Допплерография: до 32-й нед — ПА, с 32-й нед — ПА, СМА, ЦПО 1–2 раза в неделю. УЗИ: каждые 2 нед			
			34–37 нед. КС или индукция
ЗРП в сочетании с нулевым или реверсным диастолическим кровотоком в ПА	Стационарный мониторинг. Профилактика респираторного дистресс-синдрома. КТГ: 1–2 раза в день. Допплерография: ПА, венозный проток каждые 24–48 ч. УЗИ: каждые 2 нед		
			Нулевой кровоток в ПА: 32–34 нед. Реверсный кровоток в ПА: 30–32 нед. КС
ЗРП в сочетании с нарушениями кровотока в венозном протоке	Стационарный мониторинг. Профилактика респираторного дистресс-синдрома. КТГ: 2 раза в день. Допплерография: ПА, венозный проток каждые 24 ч		
			26–30 нед КС

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

направлять беременную пациентку с ЗРП на комплексное исследование, включающее и УЗ-допплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока, и КТГ для оценки состояния плода.

Рекомендовано

Допплерография в объеме: ПИ АП до 32-й нед, ПИ АП, ПИ СМА, ЦПО с 32-й нед беременности 1–2 раза в неделю; КТГ 1–2 раза в неделю с 37-й нед беременности в случаях выраженной ЗРП с ПМП <3-го процентиля, отсутствии нарушений допплерографических показателей и маловодия для оценки состояния плода.

УЗ-допплерография маточно-плацентарного кровотока в объеме: ПИ АП до 32-й нед, ПИ АП, ПИ СМА, ЦПО с 32 нед беременности 1–2 раза в неделю. КТГ 2 раза в неделю в случаях ЗРП с невыраженными нарушениями допплерографических показателей (повышение ПИ в артериях пуповины и/или снижение ЦПО) и/или маловодием для оценки состояния плода.

УЗ-допплерография в объеме: ПИ АП, венозный проток каждые 24–48 ч. КТГ 1–2 раза в день в случаях ЗРП с нулевым диастолическим кровотоком в артерии пуповины для оценки состояния плода.

УЗ-допплерография маточно-плацентарного кровотока в объеме: ПИ АП, венозный проток каждые 24 ч. КТГ 2 раза в день в случаях ЗРП с реверсным диастолическим кровотоком в артерии пуповины для определения оптимального срока родоразрешения.

В случаях ЗРП с нарушениями кровотока в венозном протоке (нулевая и/или реверсная а-волна) рекомендована УЗ-допплерография маточно-плацентарного кровотока в объеме: ПИ АП, венозный проток каждые 24 ч. КТГ 2 раза в день.

Снижение двигательной активности плода в сочетании с изменениями кровотока в ВП может свидетельствовать о наличии ацидоза (pH в пуповине плода <7,20).
Кардиотокография плода
При подозрении на ЗРП или МГВ рекомендовано направлять беременную пациентку на КТГ плода с 28-й нед беременности. Несмотря на высокую частоту ложноположительных результатов в прогнозировании неблагоприятного состояния плода, КТГ плода относится к ценным методам диагностики острых состояний. Предпочтительнее проводить компьютеризированную КТГ с оценкой STV в качестве основного параметра. Патологическими показателями компьютеризированной КТГ являются: STV <2,6 мс независимо от срока беременности, STV <3 мс в сроке 29 нед и более, спонтанные повторные децелерации.
Если компьютеризированная КТГ недоступна, то применяется стандартная визуальная оценка КТГ (нестрессовый тест).
Беременной пациентке с ЗРП не рекомендована оценка функционального состояния плода при помощи биофизического профиля плода ввиду его низкой прогностической ценности.
Параметры оценки нестрессового теста
При антенатальной КТГ необходима оценка нестрессового теста. Периодические акцелерации обычно совпадают с шевелениями плода, и данные изменения начинают определяться с начала II триместра и со сроком гестации увеличиваются амплитуда и продолжительность этих изменений.
Акцелерация при нестрессовом тесте — увеличение ЧСС не менее 15 ударов в минуту и 15 с продолжительностью. При наличии двух или более акцелераций тест считается реактивным.
Необходимо помнить, что частота реактивности теста увеличивается с 50% в 24–28 нед до 85% в 28–32 нед, и целесообразно использовать в более ранние сроки другие критерии акцелерации, а именно увеличение ЧСС плода не менее 10 ударов в минуту и 10 с продолжительностью.
Ареактивный нестрессовый тест — отсутствие акцелераций за 40 мин.
Оценка биофизического профиля плода — это суммарный результат двух способов мониторинга системы мать–плацента–плод: УЗИ и КТГ. УЗ-мониторинг включает оценку количества околоплодных вод, а также нескольких типов двигательной активности плода (генерализованных движений тела, дыхательных движений, мышечного тонуса). КТГ-мониторинг позволяет изучать изменчивость (вариабельность) сердечного ритма плода. Патологические результаты биофизического профиля плода используются для предсказания ацидемии у плода в странах, где рутинно не применяется УЗ-допплерография маточно-плацентарного кровотока.
Рекомендовано направлять пациентку с ранней ЗРП на консультацию к врачу-генетику для исключения хромосомной патологии плода.
На основании результатов УЗ-фетометрии можно определить степень ЗРП:

- ;

I степень — отставание показателей фетометрии от нормативных на 2 нед
- ;

II степень — отставание показателей фетометрии от нормативных на 3–4 нед
-

III степень — отставание показателей фетометрии от нормативных более чем на 4 нед.
Протокол ультразвуковой допплерографии маточно-плацентарного кровотока
КР «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)» (2022).
Маточные артерии:
ПИ (указать):
абсолютное значение/значение в процентилях
справа _____ слева _____ средний _____
Оценка: норма (средний ПИ ≤95-го процентиля); нарушение (средний ПИ >95-го процентиля) (подчеркнуть)
: ПИ (указать): _____
Артерии пуповиныабсолютное значение/значение в процентилях
: диастолический кровоток: положительный, нулевой, отрицательный (подчеркнуть)
Артериипуповины
Оценка: норма (ПИ ≤95-го процентиля), нарушение (ПИ >95-го процентиля) (подчеркнуть)
* (указать):
Венозный протокабсолютное значение
а-волна: положительная, нулевая, отрицательная
Оценка: норма, нарушение (подчеркнуть)
*
Средняя мозговая артерия
ПИ (оценивается ≥32 нед беременности): _____ (указать /):
абсолютное значениезначение в процентилях
Оценка: норма (ПИ ≥5-го процентиля), нарушение (ПИ <5-го процентиля) (подчеркнуть)

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

(оценивается ≥32 нед беременности): _____ (указать /):
Церебрально-плацентарное отношение* абсолютное значениезначение в процентилях
Оценка: норма (ПИ ≥5-го процентиля), нарушение (ПИ <5-го процентиля) (подчеркнуть)
пиковая систолическая скорость кровотока*
Средняя мозговая артерия
(оценивается при подозрении на анемию у плода) _____ см/с (указать),
Соответствует _____ МоМ (указать)
Оценка: норма, нарушение: соответствует анемии легкой, средней, тяжелой степени тяжести (подчеркнуть)
Заключение: Беременность нед. дней
Рекомендации:
Ф.И.О. врача-специалиста УЗД:
Процентиль — статистический параметр, который определяет, каким является измеряемый показатель (рост, масса тела, ИМТ и др.) у индивидов одинакового возраста и пола среди всего населения. Значение показателя отражает позицию индивида в сравнении со своими сверстниками. Каждый процентиль выражает 1/100 часть частоты проявления среди всего населения.
Примечание.
*Оценка проводится по показаниям.
Профилактика и лечение фетоплацентарной недостаточности
Самая эффективная мера профилактики ФПН — адекватная прегравидарная подготовка женщин из группы риска ЗРП. Такая подготовка должна включать нормализацию структуры эндометрия, заблаговременный (за 3 года) отказ от табакокурения, достижение нормобиоценоза половых путей, нормальной иммунореактивности. После имплантации плодного яйца все меры имеют гораздо меньшую эффективность. Антенатальное лечение нарушений фетоплацентарного гомеостаза также малоэффективно, потому что формирование фетоплацентарной системы в эти сроки уже завершилось, сформировалась ангиопатия с нарушением состава мембранных белков.
Немедикаментозные, медикаментозные методы коррекции жалоб, характерных для беременности, и назначение витаминов и пищевых добавок во время беременности должны соответствовать КР «Нормальная беременность» (2020).
Популярная в конце XX в. массивная инфузионная терапия ФПН (назначение больших доз препаратов самых разных групп) в лучшем случае была бессмысленна, в худшем — приводила к ятрогенным осложнениям типа тяжелой тромбоцитопении и многим другим.
Системное воздействие на организм женщины в ранние сроки беременности для обеспечения нормальной плацентации предусматривает следующие назначения:

- ;

белковая диета с достаточным количеством олигопептидов
- ;

средства, регулирующие деятельность ЖКТ
- ();

фитотерапия регуляция стула
- (у);

общеукрепляющие процедуры пражнения для беременных по триместрам, воздушные ванны, контрастный душ
- ();

гипербарическая оксигенация но только начатая в I триместре
- ;

фолиевая кислота
- ;

витамин D
- ;

каротиноиды
- ;

ацетилсалициловая кислота
- ;

коррекция нарушений вагинального биоценоза
- .

лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний
При компенсированных формах плацентарной недостаточности необходимо обеспечить организм беременной энергетическим материалом в легкоусвояемой форме (белки, аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, низкоконцентрированная глюкоза).
Одновременное добавление в диету докозагексаеновой кислоты + эйкозапентаеновой кислоты и фолатов демонстрирует позитивное влияние на выживаемость клеток плаценты. .
Раздельное их применение такого влияния не оказывает
Систематический обзор 17 проспективных рандомизированных (138 000 женщин) исследований по влиянию витаминно-минеральных комплексов с железом и фолиевой кислотой на исходы беременности продемонстрировал:

- снижение риска рождения маловесного ребенка на 12%;
- снижение на 10% риска отставания от гестационного возраста новорожденного;
- снижение риска мертворождения на 9%.

приносит несомненную пользу: нормализуется энергетический баланс клеток (антигипоксический эффект), активизируются биосинтетические и репаративные процессы, не образуются или быстро утилизируются токсичные метаболиты, ограничивается жизнедеятельность болезнетворных микроорганизмов (антибактериальный эффект). Гипербарическая оксигенация наиболее эффективна в 6–9 нед беременности (улучшает маточно-плацентарное кровообращение в 100%). Наиболее ранним сроком для применения методики с целью эффективной коррекции гомеостаза маточно-плацентарного комплекса можно считать 6–8 нед. Повторный курс необходим в 14–17 нед гестации (курс включает 10 ежедневных процедур, давление 1,3 атмосферы, экспозиция 30 мин).
Гипербарическаяоксигенация
При назначении гипербарической оксигенации беременным необходимо учитывать абсолютные и относительные противопоказания:

- ;

эпилепсия в анамнезе
- ();

наличие полостей каверны, абсцессы в легких
- ;

тяжелые формы гипертонической болезни
- ();

нарушение проходимости слуховых труб и каналов, соединяющих околоносовые пазухи с внешней средой полипы и воспалительные процессы в носоглотке, среднем ухе, околоносовых пазухах, аномалии развития и т.п.
- ;

сливная двусторонняя пневмония
- ;

острые респираторные заболевания
- ;

клаустрофобия
- ;

повышенная чувствительность к кислороду
- .

УЗ-признаки отслойки хориона
При субкомпенсированной и декомпенсированной плацентарной недостаточности, когда регуляторные процессы истощены или нарушены, при достижении плодом жизнеспособности необходимо готовить беременную и плод к родоразрешению — провести профилактику респираторного дистресс-синдрома, предоперационное обследование (при необходимости) и т.д.
Родоразрешение
КР «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)» (2022).
Сроки родоразрешения:

- после 37–39 нед беременности при нормальных показателях ЦПО у беременной с МГВ;
- в 36–38 нед беременности в случаях выраженной ЗРП с ПМП <3-го процентиля в случаях отсутствия нарушений допплерографических показателей и маловодия;
- 34–37 нед беременности в случаях ЗРП с невыраженными нарушениями допплерографических показателей (повышение ПИ в артериях пуповины или маточных артериях или снижение ЦПО), маловодием;
- 32–34 нед беременности в случаях ЗРП с нулевым диастолическим кровотоком в артерии пуповины;
- 30–32 нед беременности в случаях ЗРП с реверсным диастолическим кровотоком в артерии пуповины;
- 26–30 нед беременности в случаях ЗРП с нарушениями кровотока в венозном протоке (нулевая или реверсная а-волна).

Вопрос о родоразрешении решается на перинатальном консилиуме после разъяснения родителям высокого риска младенческой заболеваемости и смертности в сроках до 26 нед беременности.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

родоразрешение беременной с ЗРП при спонтанном повторяющемся стойком неспровоцированном замедлении ЧСС плода (децелерации).
Рекомендовано
Беременной с ЗРП осуществляется родоразрешение при показателе STV по данным компьютеризированной КТГ <3,5 мс в 32–33 нед и <4,5 мс в сроке беременности ≥34 нед.
родоразрешение через естественные родовые пути беременной с ЗРП и тазовым предлежанием при ПМП <2000,0–2500,0 г.
Не рекомендуется
Родоразрешение осуществляется путем КС беременной с ЗРП при наличии одного или нескольких следующих признаков: патологические данные КТГ, нулевой или реверсный диастолический кровоток в артериях пуповины, нарушения кровотока в ВП по данным УЗ-допплерографии, показания со стороны матери.
. Перед родоразрешением в сроке до 32 нед с целью нейропротекции вводится магния сульфат по следующей схеме: 4 г сухого вещества в течение 20 мин, затем 1 г сухого вещества в час внутривенно не менее 12 ч, но не больше 24 ч.
Медикаментозная терапия
для лечения ЗРП: назначение гестагенов и/или производных прегнандиена, силденафил, рутинное назначение препаратов гепарина и его производных, постельный режим и диета, обогащенная макро- и микроэлементами, изменение диеты, специальные формы питания или дополнительное потребление пищевых добавок, оксигенотерапия, доноры оксида азота и других сосудорасширяющих веществ.
Не рекомендовано
Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
КР «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)» (2022).
На этапе прегравидарной подготовки или при первом визите беременной пациентки оценить факторы риска ЗРП. Диагностическую ценность имеет один фактор риска с ОШ больше 2,0 или сочетание трех и более факторов с ОШ менее 2,0. Данные пациентки должны быть включены в группу высокого риска по ЗРП.
рекомендовано
Расчет индивидуального риска ЗРП при скрининге I триместра беременности включает комбинацию материнских факторов риска, показателей ПИ в маточных артериях и исследование уровня PAPP-A в сыворотке крови беременной. Пациентки со значениями риска

ЗРП ≥1:100 должны быть включены в группу высокого риска (приказ № 1130н).
Беременной пациентке с риском ЗРП рекомендован пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12-й до 36-й нед беременности по 150 мг/день. Анализ приоритетных публикаций убедительно продемонстрировал преимущества вечернего приема (перед сном) низких доз ацетилсалициловой кислоты (Аспирин) (150 мг), начатого до 16-й нед и продолженного до 36-й нед беременности с целью снижения риска ранней ЗРП, выявленного на основании результатов расширенного комбинированного скрининга I триместра беременности.
♠

Пациентке при наличии факторов риска ЗРП рекомендовано:

- достижение ИМТ <30 кг/м и >18 кг/м;

22

- отказ от курения;
- при СД поддерживать целевые показатели гликемии с целью профилактики гипогликемии.

Беременным пациенткам с выраженной ЗРП (ниже 3-го процентиля) и индуцированными ПР до 34-й нед беременности в анамнезе определение содержания антител к фосфолипидам в крови для диагностики и своевременного лечения АФС как возможного этиологического фактора ЗРП.
рекомендовано

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Группа риска возникновения изоиммунного конфликта между организмом матери и плодом
Изоиммунный конфликт возникает у 4% беременных в резус-системе (65%) и АВ0-системе (30–40%).
Несовместимость матери и плода по многим антигенам — неизменный атрибут беременности, так как плод для материнского организма является «аллотрансплантатом», наследовавшим половину своих генов от отца. Природа предусмотрела большое число механизмов, препятствующих реализации этой несовместимости. Тем не менее в клинической практике нередко встречаются ситуации, когда эти защитные механизмы не срабатывают.
Резус-изоиммунизация в основном развивается при несовместимости крови матери и плода по антигену RhD. Также ГБП может развиться при несовместимости крови матери и плода по антигенам , , . Женщина с резус-отрицательной принадлежностью крови сенсибилизируется или во время беременности при попадании в кровоток Rh(D) антигена плода, унаследованного им от биологического отца, или вне беременности при трансфузии компонентов резус(D)-положительной донорской крови.
Cc, Ee
Во время беременности эритроциты плода проникают через плацентарный барьер в кровоток матери в течение I триместра у 5–7%, в II триместре у 15–16% и в III триместре у 29–30% женщин. Первым этапом иммунного ответа матери является выработка IgM-антител, обладающих высокой молекулярной массой и не проходящих через плацентарный барьер в кровоток плода. Следующим этапом развития изоиммунизации является образование IgG-антител, обладающих низкой молекулярной массой и свободно проникающих в кровоток плода от матери через плацентарный барьер, в том числе подклассов иммуноглобулина G1 и G3, которые активно взаимодействуют с Fc-рецепторами лимфоцитов и макрофагов, играющих важную роль в гемолизе эритроцитов плода.
При первой беременности ГБП встречается редко, так как попадание эритроцитов плода в кровоток матери происходит в основном на поздних сроках беременности или во время родов, и первичный иммунный ответ не успевает сформироваться. ГБП при первой беременности может быть следствием уже имевшей место изоиммунизации, например, при введении резус-отрицательной женщине компонентов резус-положительной крови в анамнезе.
При последующих беременностях попадание эритроцитов плода в кровоток матери вызывает быстрый иммунный ответ, IgG-антитела проникают к плоду, развиваются гемолиз, анемия, активизация очагов экстрамедуллярного кроветворения и гепатоспленомегалия. Вследствие «перегрузки» клеток печени железом и продуктами распада глобина нарушается ее белковая синтетическая функция, что приводит к гипопротеинемии, гипоальбуминемии, а в последующем к усилению проницаемости стенок сосудов. На фоне прогрессирующей анемии развивается гипоксемия, обусловливающая у плода гипердинамический тип кровообращения с постепенным формированием сердечной недостаточности и портальной гипертензии, способствующей дальнейшему увеличению размеров печени и возникновению анасарки. Так развивается тяжелая анемия с водянкой плода. При отсутствии внутриутробного лечения может произойти антенатальная гибель плода. Легкая анемия обусловлена более поздним началом гемолиза эритроцитов плода незадолго до родов или сразу после рождения ребенка (КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020).
Сенсибилизация происходит под воздействием во время беременности (редко), после родов (наиболее часто), после искусственных абортов и выкидышей, при трансфузии резус-несовместимой крови. Частота сенсибилизации после первых родов в среднем составляет 10%. Эта цифра увеличивается, если были применены акушерские операции (КС, ручная или инструментальная ревизия матки, ручное отделение плаценты), поскольку при этих вмешательствах увеличивается количество , попавших в кровоток матери. Отмечена более частая сенсибилизация женщин с резус-отрицательной кровью, имеющих «резус-отрицательных» матерей («симптом бабушки»). Значительно уменьшается возможность сенсибилизации при рождении ребенка с резус-положительной принадлежностью крови, несовместимой с кровью матери по системе АВ0. Конфликт по системе АВ0 развивается при несовместимых сочетаниях группы крови матери и плода и при наличии выработанных в организме матери иммунных антител к эритроцитам той же группы крови, что и у плода. Антитела могут образоваться в организме женщины при вакцинации, инфекционных заболеваниях. Гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН) (следствие ГБП) в Российской Федерации диагностируется приблизительно у 0,6–1,0% новорожденных, при этом частота развития резус-изоиммунизации за последние годы еще не имеет существенной тенденции к снижению. Перинатальная смертность при ГБН составляет 0,037‰. Согласно 32-й форме Росстата в 2014–2016 гг. ГБН в России была диагностирована у 0,9–1,0% новорожденных. Летальность при ГБН в России составляет около 0,22%. Заболеваемость билирубиновой энцефалопатией в различных странах мира находится в диапазоне от 0,4 до 2,7 на 100 000 новорожденных (КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020).
антигеновэритроцитовплода
у беременных являются . К клиническим признакам АВ0-конфликта в основном относятся только ГБП и ГБН.
Клиническими проявлениями резус-конфликтагемолитическая анемия и гибель плода, самопроизвольные выкидыши

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Резус-изоиммунизация — наличие в крови матери IgG-антител [анти-Rh (D) антител] как проявление вторичного иммунного ответа у сенсибилизированных пациенток вследствие несовместимости крови матери и плода по антигенам системы резус (синонимы: резус-конфликт, резус-сенсибилизация, резус-аллоиммунизация).
ГБП — заболевание, характеризующееся гемолизом резус(D)-положительных эритроцитов плода под воздействием анти-Rh (D) антител матери, проникающих в кровоток плода через плацентарный барьер, при несовместимости крови матери и плода по системе резус и проявляющееся развитием анемии, увеличением числа бластных форм эритроцитов (синонимы: эритробластоз плода, гемолитическая желтуха).
Формы ГБП по характеру иммунологического конфликта между кровью матери и плода (КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020):

- несовместимость по резус-фактору;
- несовместимость по другим антигенам эритроцитов;
- несовместимость по системе АВ0.

Формы ГБП по тяжести анемии и наличию водянки плода:

- умеренная анемия;
- тяжелая анемия;
- тяжелая анемия с водянкой плода.

Формы ГБП по уровню гемоглобина/гематокрита у плода:

- легкая анемия — дефицит гемоглобина до 20 г/л по сравнению со средними значениями для данного срока (Hb <0,84 Мом);
- умеренно тяжелая анемия — дефицит гемоглобина 20–70 г/л (Hb <0,65 Мом);
- тяжелая анемия — дефицит гемоглобина более 70 г/л (Hb <0,55 Мом).

Антенатальными признаками изоиммунного конфликта являются изменения сердечной деятельности, регистрируемые на КТГ, усиление, учащение либо, напротив, замедление, изменение состава околоплодных вод. Завершающей фазой иммунного конфликта является ГБП

и ГБН. Кроме гемолитической болезни (особенно при АВ0-конфликте), могут возникать негемолитические поражения плода, которые, по некоторым данным, имеют значение в развитии ряда заболеваний центральной нервной системы (эпилепсия, шизофрения, олигофрения). Об иммунизации беременной судят по титру антител, однако следует помнить, что и биологическая активность антител (определяющая степень выраженности) не совпадают. Существует три вида резус-антител: агглютинирующие, блокирующие и скрытые. Агглютинирующие антитела бывают полными и неполными. Первые агглютинируют эритроциты, взвешенные в изотоническом растворе натрия хлорида; вторые — эритроциты, взвешенные в белковой среде (плазма, альбумины). Блокирующие антитела видимой агглютинации не вызывают, могут быть фиксированы на эритроцитах и свободно циркулируют в крови. Скрытые резус-антитела выявляются при разведении плазмы крови беременной донорской сывороткой АВ (IV). В практике агглютинирующие антитела определяются в сыворотке крови беременных с резус-отрицательным типом крови. Именно поэтому в случае клинического проявления изоиммунного у женщин с резус-отрицательным типом крови с отягощенным акушерским анамнезом следует дополнительно определить
титриммуноконфликтанеполныевсехконфликтаполные агглютинирующие антитела, блокирующие и скрытые резус-антитела.
Несмотря на выраженности резус-конфликта, . Тревожным признаком является резкое падение титра в последние недели. Для диагностики в сыворотке крови беременной определяют . Агглютинины могут быть полными и неполными.
отсутствие прямой связи между титрами антител и степенью **неблагоприятный исход беременности для плода чаще наблюдается при титре 1:16 и выше***АВ0-конфликта гемолизины и гемагглютинины*
Определение титра антител менее информативно, чем установление их вида. Наиболее неблагоприятно для плода при АВ0-конфликте наличие в сочетании с во время беременности. Этот прирост свидетельствует о необходимости срочных мер, направленных на спасение жизни плода.
неполных гемагглютининов нарастанием их титра
В соответствии с КР «Нормальная беременность» (2020) рекомендовано направлять беременную пациентку на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы резус (резус-фактор) однократно при первом визите.
Рекомендовано направлять резус-отрицательную беременную пациентку на определение антирезусных антител при первом визите, затем при отсутствии антител в 18–20 нед беременности и в 28 нед беременности. При выявлении антирезусных антител беременная должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию третьей группы для дальнейшего наблюдения. У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор мужа/партнера.
При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера определение антирезусных антител не проводится.
При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови мужа/партнера беременной можно предложить неинвазивное определение резус-фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК, которое имеет чувствительность и специфичность 98–100%. Это исследование можно рекомендовать в сроке 12 нед беременности во время первого пренатального скрининга. При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антирезусных антител в крови матери не проводится.
При отсутствии возможности определения резус-генотипа плода беременность наблюдается как беременность резус-положительным плодом. В европейской популяции преобладает полная делеция гена , что и позволяет выявлять ген плода в кровотоке матери при отсутствии материнского гена. Однако у 3–5% резус-отрицательных европейцев ген обнаруживается либо полностью, либо как возникший вследствие генной конверсии между экзонами генов и (гибридные гены -). Такие гибридные гены неспособны кодировать синтез антигена D на поверхности мембраны эритроцитов. В этом случае имеет место расхождение между фенотипической и генотипической резус-принадлежностью. Наличие -гена у матери мешает выявлению -гена плода. При выявлении -гена у матери неинвазивное определение резус-принадлежности плода невозможно, и такая беременность должна расцениваться как беременность резус-положительным плодом (КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020).
RhDRhDRhDRhDRhCERhDCE-DRhDRhDRhD

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Если профилактика резус-изоиммунизации проводится позже 28 нед беременности, то определение анти-Rh-антител проводится перед введением иммуноглобулина человека антирезус Rho(D). Более частое определение анти-Rh-антител нецелесообразно (КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020).
При ГБП рекомендован кордоцентез и исследование крови плода, которое включает определение основных групп по системе АВ0, определение антигена D системы резус (резус-фактор), исследование уровня общего гемоглобина в крови, оценка гематокрита, исследование кислотно-основного состояния и газов крови, прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) (КР «Резус- изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020).
Снижение гемоглобина на ≥15% от нормы для данного гестационного срока свидетельствует о развитии тяжелой анемии и является показанием для внутриутробного переливания плоду эритроцитной массы, отмытой от лейкоцитов и тромбоцитов (ЭМОЛТ). Нормативные показатели гемоглобина представлены в табл. 4.13 (КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020).
Нормальные показатели гемоглобина ≥0,84 МоМ (Клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020)
Таблица 4.13.
Концентрация гемоглобина у плода, г/дл
Гестационный возраст, нед
Медиана
0,55 МоМ
0,65 МоМ

18	10,6	5,8	6,9
19	10,9	6	7,1
20	11,1	6,1	7,2
21	11,4	6,2	7,4
22	11,6	6,4	7,5
23	11,8	6,5	7,6
24	12	6,6	7,8
25	12,1	6,7	7,9
26	12,3	6,8	8
27	12,4	6,8	8,1
28	12,6	6,9	8,2
29	12,7	7	8,3
30	12,8	7,1	8,3
31	13	7,1	8,4
32	13,1	7,2	8,5
33	13,2	7,2	8,6
34	13,3	7,3	8,6
35	13,4	7,4	8,7
36	13,5	7,4	8,7
37	13,5	7,5	8,8
38	13,6	7,5	8,9
39	13,7	7,5	8,9
40	13,8	7,6	9

Не рекомендовано для определения степени тяжести ГБП исследование оптической плотности билирубина околоплодных вод, полученных при амниоцентезе, так как данное исследование низкоинформативно и может привести к ятрогенным осложнениям вследствие амниоцентеза (КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020).
Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антител к группе крови I(O). Доказательная база предикции ГБП по системе АВ0 отсутствует (КР «Нормальная беременность», 2020).
Ранняя диагностика, лечение и профилактика изоиммунных конфликтов

Как и все мероприятия, направленные на предотвращение патологических состояний у плода и матери во время беременности и родов, профилактика изоиммунизации должна осуществляться в два этапа: до наступления и во время беременности.
Ниже указаны мероприятия по профилактике изоиммунной сенсибилизации до наступления планируемой беременности.

- Выявление на участке и в районе деятельности ЖК девушек и женщин с резус-отрицательным типом крови с последующей отметкой результатов исследования в медицинской документации. В группе девушек и женщин с резус-отрицательным типом крови следует провести санитарно-просветительную работу о необходимости вынашивания первой беременности и антирезусной профилактики.
- Определение резус-принадлежности у всех нерожавших женщин при направлении их на искусственное прерывание беременности.
- При обнаружении резус-отрицательной принадлежности крови нужно убедить женщину в необходимости вынашивания беременности.

При упорном нежелании или невозможности сохранить беременность важно обеспечить после аборта специфическую профилактику резус-сенсибилизации путем введения антирезус-иммуноглобулина.

- Выделение в группу риска возникновения иммуноконфликта для диспансерного наблюдения:

а) женщин, имеющих в анамнезе резус и АВ0-конфликт во время родов. Беременность после резус-конфликта можно разрешить после исчезновения антител из крови и не ранее чем через 1 год, а после тяжелых форм ГБН — через 2 года после родов. Женщины, имеющие в анамнезе АВ0-конфликт, не должны беременеть в течение 1 года;
б) женщин с резус-отрицательным типом крови, которым после родов или абортов (как искусственных, так и самопроизвольных) не проводилась специфическая иммунопрофилактика путем введения антирезус-иммуноглобулина. Женщины этой группы должны быть обследованы на наличие антител и при отсутствии последних осведомлены о том, что при наступлении желанной беременности необходимо раннее посещение ЖК для своевременной диагностики иммуноконфликта. В случае нежелания женщины в ближайшее время рожать врач должен решить вопрос о применении рациональной контрацепции.

Профилактика и ранняя диагностика изоиммунных конфликтов во время беременности:

- ;

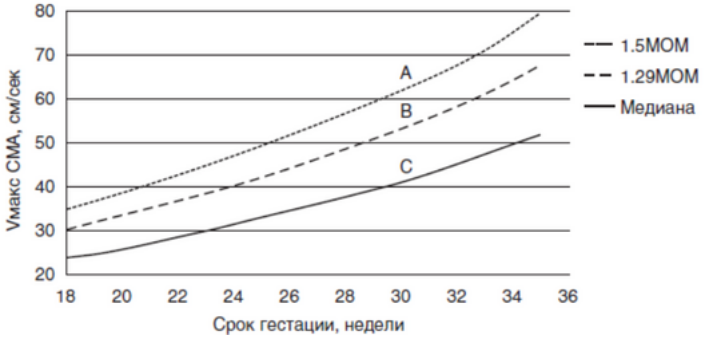
определение резус-принадлежности и группы крови у всех беременных и их мужей при взятии женщины на учет по беременности

- ()

выделение группы риска возникновения изоиммунного конфликта. В эту группу включаются все беременные с резус-отрицательным типом крови. При отсутствии антител проводится введение иммуноглобулина антирезусного в стандартной дозе внутримышечно в 28–30 нед. Повторное постнатальное введение стандартной дозы 300 мкг иммуноглобулина — не позднее 72 ч после родов.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

. Наличие в крови изоиммунных антител на сроке беременности до 8–10 нед свидетельствует о сенсибилизации, обусловленной предыдущими беременностями и другими факторами. Установление изоиммунной сенсибилизации после 12-й недели беременности бесспорно свидетельствует об иммунном конфликте при данной беременности. УЗИ плода — на сроке 10–14, 20–24, 32–34, 36–37 нед. КТГ, допплерометрия — в динамике. Доступно определение резус-принадлежности плода. Амниоцентез — по показаниям.
Мероприятия при выявлении изоиммунной сенсибилизации во время беременности
При резус-изоиммунизации матери показана последовательная серия допплерометрических определений максимальной систолической скорости кровотока (МССК) в СМА плода с 18–19 нед беременности (КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода», 2020) с последующей зональной оценкой величин ее показателей (рис. 4.2). Данное исследование может проводиться амбулаторно в условиях консультативного отделения регионального перинатального центра, имеющего возможность выполнения диагностических и лечебных внутриматочных инвазивных вмешательств.
Комментарий.



Оценка степени выраженности анемии плода в зависимости от максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода и срока беременности
Рис. 4.2.
КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» (2020).
Увеличение МССК СМА для соответствующего срока беременности с высокой чувствительностью и специфичностью свидетельствует о развитии у плода гипердинамического типа кровообращения, а повышение значений этого показателя более 1,5 МоМ характерно для тяжелой анемии, требующей вмешательства в течение беременности. Использование МССК СМА плода позволило значительно снизить необходимость применения кордоцентеза в целях получения крови плода. После 35-й нед беременности диагностическая точность данного исследования снижается.
Рекомендовано направлять беременную пациентку при наличии резус-изоиммунизации на повторную УЗ-допплерографию с определением МССК СМА с последующей зональной оценкой ее величины согласно рис. 4.2:

- при МССК СМА в зоне «С» через 2 нед;
- при МССК СМА в зоне «В» через 1 нед;
- при отсутствии повышения МССК СМА до зоны «А» каждые 2–3 дня; при МССК СМА в зоне «А» (высокая вероятность развития тяжелой анемии у плода) показан кордоцентез и последующее внутриутробное переливание плоду ЭМОЛТ с учетом срока беременности и возможности данного вмешательства.

Существует вероятность досрочного экстренного родоразрешения ввиду развития осложнений при внутриутробных вмешательствах, что может потребовать оказания специализированной и высокотехнологичной неонатальной помощи.
Не рекомендовано для определения степени тяжести ГБП использовать УЗ фетометрические показатели в виде гепато-, сплено-, плацентометрии и допплерометрические показатели кровотока в аорте плода и в вене пуповины, так как они обладают низкой точностью.
Выявление при УЗИ плода асцита и анасарки (сочетание гидроперикарда, гидроторакса, отека подкожной клетчатки головы, туловища и конечностей плода) — запоздалое свидетельство крайне тяжелого течения ГБН.
не рекомендована десенсибилизирующая терапия, иммуноцитотерапия, пересадка кожного лоскута от мужа, гемосорбция, плазмаферез, иммуносорбция, при применении которых ввиду потери времени возможно развитие крайне тяжелых форм ГБП.
Для лечения резус-изоиммунизации и ГБП
Эффективных методов медикаментозной терапии резус-изоиммунизации и ГБП в настоящее время не существует.
Внутриутробные переливания эритроцитной массы, отмытой от лейкоцитов и тромбоцитов, плоду
Рекомендовано для лечения тяжелых форм ГБП применять внутриутробные внутрисосудистые переливания плоду ЭМОЛТ.
Внутриутробные переливания могут проводиться многократно, последнее переливание обычно проводится в 32 нед беременности и при массе плода 2000 г, однако в последние годы имеется тенденция к выполнению переливаний в 35–36 нед беременности, что позволяет проводить родоразрешение при сроке 37 нед. Подобный подход уменьшает число осложнений, связанных с недоношенностью новорожденных. Перед внутриутробным переливанием крови плоду или при планировании родоразрешения до достижения срока 34 нед однократно проводится профилактика респираторного дистресс-синдрома по стандартной схеме.
Родоразрешение при резус-изоиммунизации
При ГБП рекомендовано определять срок и метод родоразрешения индивидуально с учетом акушерского анамнеза, состояния плода и возможностей акушерской и неонатальной служб родовспомогательного учреждения.
При тяжелой анемии плода, отечной форме ГБП, а также после внутриутробного переливания плоду ЭМОЛТ предпочтительно оперативное родоразрешение, так как КС позволяет избежать дополнительной травматизации и гипоксии плода во время родов.

Неспецифическая профилактика
КР «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» (2020).
Пациенткам с резус-отрицательной принадлежностью крови рекомендовано предоставлять информацию о важности сохранения любой беременности.
В Великобритании внедрение в практику методов профилактики резус-изоиммунизации позволило снизить частоту ГБП в 30 раз за 20 лет (с 46 до 1,6 случая на 100 000 родов). Для системы здравоохранения затраты на меры по профилактике резус-изоиммунизации существенно меньше по сравнению с затратами на лечение ГБП/ГБН.
Рекомендовано информировать пациенток с резус-изоиммунизацией и ГБП/ГБН в анамнезе о возможности подбора и селективного переноса эмбрионов с резус-отрицательным генотипом в программе преимплантационного генетического тестирования ВРТ.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Специфическая антенатальная профилактика резус-изоиммунизации
Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител в 28 нед рекомендовано назначать введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) внутримышечно в дозе согласно инструкции к препарату. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера или резус-отрицательной принадлежности крови у плода при неинвазивном тестировании иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) в 28–30 нед не проводится. Если профилактики не было в 28 нед, она показана после 28 нед беременности при условии отсутствия анти-Rh-антител.
Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител после инвазивных диагностических и лечебных вмешательств рекомендовано назначить дополнительное введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) внутримышечно в дозе согласно инструкции к препарату. К инвазивным диагностическим и лечебным вмешательствам во время беременности относятся аспирация ворсин хориона, амниоцентез, кордоцентез, серкляж, редукция эмбриона(-ов) при многоплодии, повороты плода на головку при тазовом предлежании, абдоминальная травма во время беременности, акушерские кровотечения.
Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител при прерывании беременности в I и II триместрах, антенатальной гибели плода рекомендовано назначить введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) внутримышечно в дозе согласно инструкции к препарату. Дополнительную профилактику резус-изоиммунизации на ранних сроках беременности необходимо проводить непосредственно после прерывания беременности или при факте установления гибели плода. После антенатального профилактического введения иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) в течение 12 нед возможно выявление следовых уровней титра анти-Rh-антител.
Специфическая постнатальная профилактика у пациенток с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии у них изоиммунизации
После родов рекомендовано определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы резус (резус-фактор) у новорожденного.
В случае резус-отрицательной принадлежности крови новорожденного специфическая профилактика резус-изоиммунизации матери не показана.
При резус-положительной принадлежности крови новорожденного рекомендована специфическая профилактика резус-изоиммунизации матери путем внутримышечного введения иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) в дозе 1500 МЕ (300 мкг) сразу после получения результатов исследования крови ребенка и желательно не позже чем через 72 ч после родоразрешения (предпочтительно в течение первых 2 ч).
Для расчета дозы иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) рекомендован метод Клейхауэра–Бетке. В основе теста лежит феномен вымывания гемоглобина матери (HbA) из эритроцитов в цитратно-фосфатном буфере и отсутствия вымывания гемоглобина плода. После соответствующей обработки периферической крови матери в мазке определяют объем плодово-материнского кровотечения на основании подсчета количества фетальных клеток. Если объем плодово-материнского кровотечения не превышает 25 мл, вводят стандартную дозу иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) — 1500 МЕ (300 мкг); при объеме 25–50 мл дозу увеличивают вдвое — до 3000 МЕ (600 мкг).
При отсутствии технической возможности внедрить метод Клейхауэра–Бетке рекомендовано увеличивать дозу иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) вдвое в следующих случаях: отслойки плаценты, ручного обследования послеродовой матки и операции КС, сопровождающегося повышенной кровопотерей. Если по каким-либо причинам профилактики не было, возможно введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) в период до 10 сут послеродового периода.
Организация оказания медицинской помощи
При выявлении антирезусных антител беременная должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию III группы для дальнейшего наблюдения.
Лечение беременных с ГБП, требующее внутриутробного переливания ЭМОЛТ, должно проводиться в учреждениях, обладающих возможностями выхаживания недоношенных новорожденных (в учреждениях III группы).
Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- тяжелая анемия у плода — для внутриутробного переливания ЭМОЛТ в сроках до 34 нед беременности (стационарно, экстренно);
- умеренная анемия у плода для мониторинга и решения вопроса о внутриутробном переливании ЭМОЛТ в сроках до 34 нед беременности (стационарно, планово);
- необходимость мониторинга и досрочного родоразрешения беременной с резус-изоиммунизацией и умеренной анемией у плода в сочетании с другой акушерской и/или соматической патологией для подготовки родовых путей к родам в сроках 36–37 нед беременности (стационарно, планово).

Врачу ЖК необходимо помнить, что тщательное выполнение всех описанных выше мероприятий уже в течение 1 года приведет к резкому снижению количества новорожденных с гемолитической болезнью, а контроль за специфической иммунопрофилактикой всех без исключения женщин при наличии показаний для введения антирезус-иммуноглобулина может свести проблему изоиммунной сенсибилизации к минимуму.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Группа повышенного риска невынашивания в связи с антифосфолипидным синдромом
АФС долгое время был очень частым диагнозом при невынашивании беременности любого генеза, гибели плода, ПЭ и многих экстрагенитальных заболеваниях.
В XXI в. научные взгляды на это состояние изменились — обнаружение лабораторных маркеров никоим образом о наличии самостоятельного аутоиммунного заболевания, а представляет собой экстрагенитального заболевания — гломерулонефрита, АГ и других системных заболеваний. К настоящему времени круг патологических состояний, обусловленных циркуляцией антифосфолипидных антител в , значительно расширен:
не свидетельствуетпатогенетическое звеноотсутствие АФС

- осложнения при использовании оральных контрацептивов;
- хронические и острые бактериальные, вирусные и паразитарные инфекции;
- рецидивирующий тромбоз при беременности и в анамнезе;
- преждевременное завершение беременности;
- плацентарная недостаточность и ЗРП;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- HELLP-синдром (Haemolysis, Elevation of Liver enzymes, Low Platelet count — гемолиз, повышенная активность ферментов печени, тромбоцитопения);
- гестационная гипертензия;
- тромбоцитопения;
- ПЭ с ранним началом и тяжелым течением;
- инсулинзависимый СД;
- неудачные попытки искусственного оплодотворения и переноса эмбриона.

На Всемирном конгрессе по гемостазиологии в 2000 г. были разработаны клинические и лабораторные критерии для диагностики АФС.
В номенклатуре врачебных специальностей РФ такая специальность, как , . Диагностикой и лечением АФС занимается гематолог.
гемостазиологотсутствует
Критерии диагностики АФС.

-

Сосудистые тромбозы: один или более клинических эпизодов артериального, венозного тромбоза или тромбоза сосудов малого диаметра в любой ткани или органе; тромбоз должен быть подтвержден картиной УЗ допплеровского сканирования или данными гистологического исследования, за исключением поверхностных венозных тромбозов; при гистологическом исследовании тромбоз должен быть представлен значительными изменениями сосудистой стенки воспалительного характера.

- *Заболевания беременных: один или более необъяснимых случаев смерти морфологически нормального плода на 10-й неделе нормальной беременности или позже, причем нормальная морфология плода должна быть документирована данными УЗ-сканирования или непосредственным исследованием плода; один или более случай ПР морфологически нормальным плодом ранее или к 34-й неделе беременности вследствие тяжелой ПЭ или эклампсии или тяжелой плацентарной недостаточности; три или более необъяснимых последовательных выкидыша до 10-недельного срока беременности с патологическими или анатомическими аномалиями у матери или гормональными нарушениями, причем хромосомные причины должны быть исключены у отца и матери.*

Лабораторные критерии АФС.

- *Умеренный или высокий уровень антител к кардиолипину класса IgG и/или IgM в крови в двух или более исследованиях, полученных с интервалом не менее 6 нед, измеренных путем стандартного метода иммуноферментного анализа для β-2-гликопротеин-1-зависимых антител к кардиолипину.*
- *Позитивный тест на наличие волчаночного антикоагулянта в плазме в двух или более исследованиях, полученных с интервалом не менее 6 нед, причем этот антикоагулянт должен определяться согласно указаниям Международного общества тромбоза и гемостаза по следующим этапам:*

- ;
установление факта удлинения фосфолипидзависимой фазы свертывания плазмы по результатам скрининговых тестов, таких как активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время с разведением
- ;
невозможность корригировать удлиненное время скрининговых тестов путем смешивания с нормальной бестромбоцитарной плазмой
- ( ).
укорочение времени скрининговых тестов или его нормализация после добавления в исследуемую плазму избытка фосфолипидов и исключение других коагулопатий, например наличия ингибитора VIII фактора или гепарина натрия Гепарин♠

Диагноз АФС ставится при сочетании хотя бы одного клинического критерия хотя бы с одним серологическим критерием.

только

У беременных, имеющих доказанный АФС, беременность и послеродовой период протекают с осложнениями, повышен риск антенатальных и постнатальных потерь. Необходима диагностика и коррекция гемостазиологических, метаболических и иммунных нарушений, динамический контроль на всем протяжении беременности.

Алгоритм ведения пациенток с доказанным АФС.

До беременности:

- ;
нормализация гемостаза
- *коррекция иммунного статуса, поскольку большинство пациенток с АФС — носители ВПГ, цитомегаловируса, вируса Коксаки типов А и В, энтеровирусов.*

Во время беременности:

- ;
индивидуальный подбор доз антиагрегантов, антикоагулянтов
- ;
оценка состояния фетоплацентарного комплекса — УЗИ, КТГ, допплерометрия
- ;
профилактика плацентарной недостаточности
- ()
выполнение контрольной гемостазиограммы на 3–5-й день после родов опасность тромбоэмболии, снижение доз антиагрегантов, антикоагулянтов.

КР «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия» (2022).

АФС относится к приобретенным тромбофилиям высокого риска.

При бессимптомном носительстве антифосфолипидных антител без предшествующего ВТЭО и/или акушерских осложнений антикоагулянтная профилактика антенатально.

не рекомендована

Тромбопрофилактика у женщин с предшествующими венозными тромбоэмболическими осложнениями и/или тромбофилией (Клинические рекомендации «Венозные осложнения во время беременности и в послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия», 2022)

Таблица 4.14.

Риск	Гемостазиологические нарушения	Рекомендовано
Очень высокий	Предшествующие ВТЭО на фоне долгосрочной пероральной антикоагулянтной терапии	Антенатальное применение высокой дозы НМГ, а также постнатальное применение НМГ по меньшей мере в течение 6 нед или вплоть до обратного перевода на пероральную антикоагулянтную терапию
	Дефицит антитромбина.	

АФС с предшествующим ВТЭО

Требуется наблюдение у специалистов в области гемостаза и беременности

Высокий	Любое предшествующее ВТЭО (за исключением однократного ВТЭО, связанного с большим хирургическим вмешательством)	Антенатальное и 6-недельное постнатальное профилактическое применение НМГ
Промежуточный	Тромбофилия высокого риска без клинических проявлений [гомозиготная мутация фактора V (мутация Лейдена) или протромбина, сочетание гетерозиготных мутаций фактора V Лейдена и протромбина]. Дефицит протеина С или S	

Направить к местному эксперту. Рассмотреть возможность антенатального применения НМГ. Рекомендовать постнатальную профилактику НМГ на протяжении 6 нед		
Однократное предшествующее ВТЭО, связанное с масштабным оперативным вмешательством без тромбофилии, семейного анамнеза или других факторов риска	Рассмотреть возможность антенатального применения НМГ (но без рекомендаций в рутинном порядке)	
Применение НМГ с 28-й недели гестации и 6-недельное постнатальное профилактическое применение НМГ		
Низкий	Тромбофилия низкого риска без клинических проявлений (гетерозиготная мутация гена протромбина или гетерозиготная мутация фактора V Лейдена)	Рассматривать как фактор риска и соответствующим образом оценить в баллах. Рекомендовать 10-дневную продолжительность постнатального профилактического применения НМГ в случае наличия другого фактора риска

		после родов (или 6 нед в случае значимого семейного анамнеза)

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Группа риска кровотечения во II и III триместрах
Кровотечения во время беременности возникают у 2–3% женщин. Наиболее частые причины — предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
— неправильное прикрепление плаценты в матке, характеризующееся расположением ее в области нижнего маточного сегмента под предлежащей частью плода; при этом плацента частично или полностью перекрывает внутренний зев. Частота предлежания плаценты по отношению к общему количеству родов составляет 0,2–0,8%. Приблизительно в 80% случаев это осложнение наблюдают у многорожавших. Кровотечение во время беременности при предлежании плаценты имеет место у 34% женщин, ПР встречаются в 20% наблюдений.
Предлежаниеплаценты
Материнские причины, способствующие возникновению предлежания плаценты:

- ();
заболевания и состояния, вызывающие структурные изменения эндометрия и нарушающие нормальную децидуализацию: воспалительные заболевания эндомиометрит, рубцовые изменения эндометрия после операций абортов, диагностических выскабливаний матки, КС, консервативной миомэктомии, перфорации матки
- ;
миома матки
- ();
аденомиоз при гиперплазии переходной зоны
- ;
аномалии развития матки
- ;
многократные роды
- ;
септические осложнения в послеродовом периоде
- .
ангиопатии у беременной при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек
Иногда возникновение предлежания плаценты обусловлено особенностями самого плодного яйца: вследствие более позднего появления протеолитической активности трофобласта плодное яйцо опускается в нижние отделы матки, где приобретает способность к нидации и продолжает развиваться; при этом ворсинчатый хорион разрастается в области внутреннего зева.
Скрининг проводят с помощью УЗИ (в 11–13 нед 6 дней, 16–24, 32–36 нед беременности, в дальнейшем по показаниям). Во время каждого исследования определяют локализацию плаценты.
Профилактика предлежания плаценты заключается в своевременном лечении ВЗОМТ, предотвращении абортов, преконцепционной медикаментозной терапии аденомиоза (нормализация переходной зоны).
Маточное кровотечение — основной клинический симптом при предлежании плаценты. Кровотечение имеет свои особенности:

- ;
возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки
- ;
часто сочетание с анемией и гипотензией у беременной
- ;
наружное кровотечение алой кровью, визуальный объем кровопотери соответствует состоянию больной
- ;
высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение
-
соответствие степени страдания плода, его дистресса объему наружной кровопотери.
Маточное кровотечение при предлежании плаценты наиболее часто возникает при сроке беременности 28–30 нед, когда происходят интенсивное растяжение и утончение нижнего сегмента матки. Эпизоды кровотечения, начинающиеся с II триместра беременности, как правило, характерны для предлежания плаценты. При предлежании плаценты кровотечение возникает в конце беременности или в начале I периода родов.
полногонеполном
При появлении кровянистых выделений из половых путей показана срочная госпитализация в акушерский стационар. В ЖК осмотр шейки матки при помощи зеркал и влагалищное исследование , так как они могут спровоцировать усиление кровотечения.
не проводят
Осмотр шейки матки при помощи влагалищных зеркал и влагалищное исследование выполняют в акушерском стационаре при подготовленной для немедленного родоразрешения операционной.
Поскольку диагностические и лечебные ресурсы ЖК ограниченны, дифференциальную диагностику проводят в стационаре.
При появлении кровянистых выделений показана экстренная госпитализация в стационар, где и проводят лечение.
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — преждевременное (до рождения ребенка) отделение плаценты от места своего прикрепления. Частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты колеблется от 0,4 до 1,4%.
Клиническая картина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

- ();
абдоминальный болевой синдром от нерезко выраженных болей в животе до резких, сочетающихся с гипертонусом матки
- ();
гипертонус матки вне и во время схватки, болезненность матки при пальпации локальная или тотальная
- ;
при выраженной отслойке плаценты, локализованной по передней стенке матки, характерно локальное выпячивание, асимметрия матки
- ;
возникновение кровотечения чаще в III триместре беременности
- ();
кровотечение чаще внутреннее, реже наружное или смешанное объем наружной кровопотери не соответствует тяжести состояния пациентки
- ;
присутствие признаков страдания плода
- .
при выраженной отслойке — клинические проявления шока
В патогенезе преждевременной отслойки плаценты существенную роль играет эндотелиальная дисфункция. Нарушения микроциркуляции приводят к тромбозам, отложению фибрина в межворсинчатом пространстве, красным и белым инфарктам плаценты. Указанные изменения нарушают плацентарное кровообращение и приводят к отслойке плаценты.
:
Предрасполагающие причины

- ;
воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними
- ;
эндометрит, подслизистые узлы миомы, пороки развития матки, перенашивание беременности
- ;
изменение сосудистой системы материнского организма, ангиопатия матки: гипертоническая болезнь, ПЭ, хронические инфекции
- ;
неполноценность плацентарного ложа, недостаточность 1-й и 2-й волн инвазии цитотрофобласта

- .

чрезмерное растяжение матки: многоводие, многоплодие, крупный плод
:
Причины, непосредственно вызывающие отслойку плаценты

- ();

непосредственная травма удар, грубое наружное исследование или наружный поворот плода
- ();

косвенная травма короткая пуповина, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии
- ().

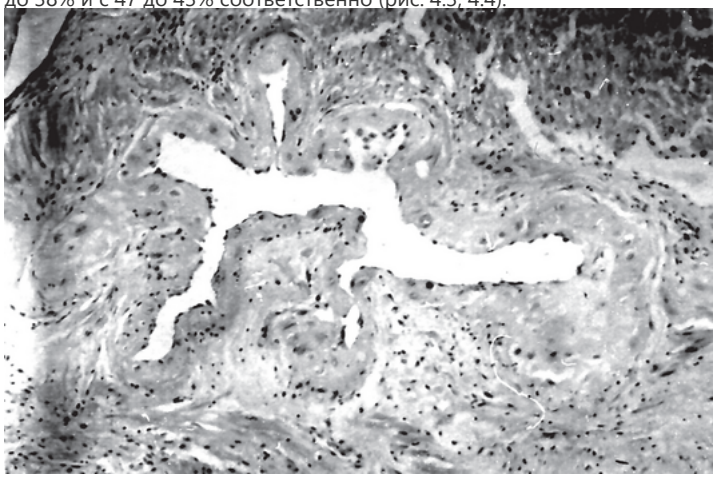
нервно-психические факторы испуг, стресс
. При имеется наружное кровотечение, сопровождающееся, как правило, слабовыраженным болевым синдромом. Тяжесть состояния женщины соответствует объему кровопотери. При плаценты наружное кровотечение отсутствует. Выраженная болезненность матки (как общая, так и локальная) указывает на наличие ретроплацентарной гематомы. О внутреннем кровотечении судят по показателям гемодинамики. Слабость, головокружение также служат проявлениями кровопотери. Это крайне опасная форма, нередко приводящая к гибели плода и тяжелым гиповолемическим расстройствам у матери. Отслойка с комбинированным или смешанным кровотечением не должна вводить врача в заблуждение относительно объема кровопотери. Тяжесть состояния, как правило, не соответствует видимому кровотечению. Клиническая диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не всегда проста. Классическую картину наблюдают только у 10% женщин — один из важнейших диагностических признаков данного заболевания.
Большое значение для диагностики имеет вариант отслойки плацентыкраевой отслойкецентральной отслойке . *У 1/3 беременных* **отсутствует выраженный болевой синдром**
«преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты» можно поставить с помощью .
Достоверный диагнозУЗИ
В зависимости от локализации и интенсивности кровотечения возможно излитие крови за пределы полости матки (тогда кровотечение очевидно) либо ее скопление с образованием гематомы. Эхографическая диагностика гематом возможна только в тех случаях, когда излившаяся кровь не покинула полость матки. Гематомы обычно располагаются между стенкой матки и базальной пластиной плодного яйца. Топографически выделяют. Эхографическое изображение гематомы изменяется в зависимости от ее давности. Свежие (1–2 сут) гематомы имеют вид жидкостных образований с мелкодисперсной взвесью, четкими границами и отличаются высокой звукопроводимостью.
гематомы субхориальные, внеплацентарные и плацентарные

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

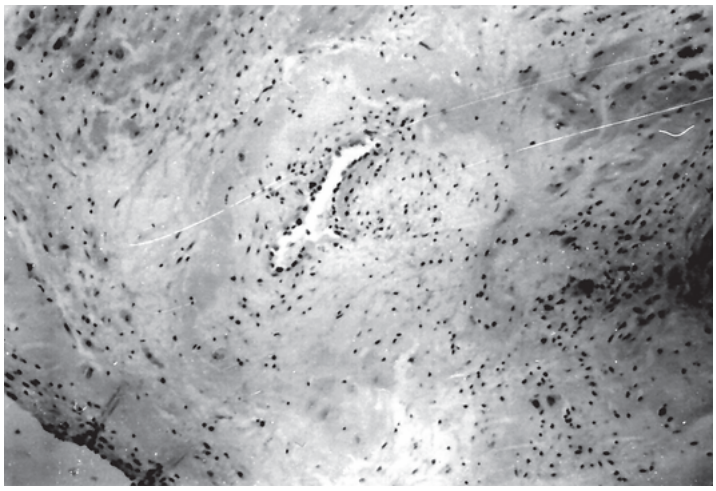
Задача врача ЖК женщину в акушерский стационар.
при подозрении на преждевременную отслойку плаценты либо появлении кровянистых выделений из половых путей любой этиологии при беременности — немедленно госпитализировать
При этом большое значение имеет экономия времени, которая может спасти жизнь беременной и плоду. Именно поэтому и выполнение лабораторно-инструментальных исследований в задачи врача ЖК. Их проводят в условиях стационара.
дифференциальная диагностика не входят

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Группа риска возникновения анемии
К анемиям беременных относится ряд анемических состояний, возникающих во время беременности, осложняющих ее течение и обычно прекращающихся при завершении или прерывании беременности.
В мировом родовспоможении нет более сложной проблемы, чем анемия при беременности. Давно известная, всесторонне изученная, эта болезнь тем не менее весьма резистентна к любым современным методам лечения, а по числу вызываемых ею осложнений не может сравниться ни с одним экстрагенитальным заболеванием. ВОЗ в 2016 г. призвала все правительства обеспечить дотацию железа всем менструирующим женщинам (15–49 лет) 3 мес подряд ежегодно 30–60 мг в день (в зависимости от распространенности анемии в стране). Согласно мировой статистике, более 1,62 млрд человек имеют железодефицитную анемию, а свыше 3 млрд — скрытый (латентный) дефицит железа. Итого 4,5 млрд — почти половина населения земного шара. За период с 1995 по 2011 г. распространенность клинически выраженного железодефицита у женщин 15–49 лет, беременных и детей первых 5 лет жизни сократилась незначительно: с 33 до 29%, с 43 до 38% и с 47 до 43% соответственно (рис. 4.3, 4.4).



Нормальные гестационные изменения сегмента спиральной артерии, расположенного в миометрии
Рис. 4.3.



Отсутствие гестационных изменений при анемии (узкий просвет сосуда, сохранение эластичности мембран)
Рис. 4.4.
Железодефицитные состояния у беременной нарушают течение гестации. При выраженной анемии не происходит трансформация спиральных артерий: их гладкомышечный слой сохраняется, а не исчезает, как это происходит при нормальной беременности. Результатом становится плацентарная недостаточность, поскольку дефектные спиральные артерии не способны расширяться и обеспечивать растущие потребности в кровоснабжении. Именно эти патогенетические процессы лежат в основе установленной взаимосвязи между анемией и выкидышами, ПР, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, ЗРП.
Необходимо отметить, что во многих отечественных публикациях не отражена роль хронических воспалительных процессов в развитии анемии. Однако этот фактор настолько важен, что специально выделен термин «инфект-анемия». Она составляет около 4% всех анемий у беременных. Здесь уместно подчеркнуть, что раннее начало половой жизни, низкий уровень жизни, приемлемость промискуитета, отсутствие информации о безопасном сексе и/или его практики способствуют широкому распространению инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы. Анемия приводит к дефициту гликогена во влагалищном эпителии, следствием чего являются нарушения биоценоза влагалища (БВ, вагинит), роль которых хорошо известна в возникновении перинатальной инфекции.
Многостороннее влияние анемии на гомеостаз организма матери и плацентарную систему изучено достаточно хорошо. В III триместре беременности анемия запускает мощные адаптационные реакции, приводящие к досрочному отторжению плацентарного комплекса.
Примерно 10–15% родов женщин с анемией осложнены аномалиями родовой деятельности и синдромом дыхательных расстройств у новорожденных. Послеродовые гнойно-септические заболевания развиваются у каждой 10-й женщины.
Доказанные последствия анемии беременных:

- ;

повышение перинатальной смертности до 14–32‰
- ();

ЗРП 32%
- ;

гипоксия у 63% новорожденных
- ;

гипоксическая травма мозга у 40% новорожденных
- ();

обострение хронических инфекционно-воспалительных заболеваний 37%
- ().

дисбиоз половых органов 47%
Диагностические возможности следующие.

- ().

Определение среднего содержания гемоглобина в эритроците среднее содержание гемоглобина
- .

Оценка количества эритроцитов и исследование их морфологической структуры
- ().

Анализ содержания железа в сыворотке крови в норме у женщин составляет 12–25 мкмоль/л, при анемии снижено
- .

Исследование общей железосвязывающей способности сыворотки крови. Разница между этим показателем и концентрацией сывороточного железа отражает латентную железосвязывающую способность сыворотки
- ().

Отношение концентрации железа к общей железосвязывающей способности сыворотки крови: его величина свидетельствует о насыщении трансферрина железом норма — 16–50%
- ().

Содержание ферритина в сыворотке крови: снижение этого показателя — наиболее чувствительный и специфичный лабораторный признак дефицита железа при скорости оседания эритроцитов менее 10 мм/ч
- .

Клинический анализ крови — гемоглобин, эритроциты, гематокритное число, скорость оседания эритроцитов
. Для клинициста достаточно определения общего анализа крови и ферритина. Остальное — по рекомендации гематолога.
Комментарий
Таким образом, о можно говорить в случаях гипохромной анемии (снижен цветовой показатель), сопровождающейся следующими изменениями:
наличии железодефицитной анемии

- ();

уменьшением уровня сывороточного железа менее 12–25 мкмоль/л
- ();

ростом общей железосвязывающей способности сыворотки крови более 30–85 мкмоль/л
- ();

падением концентрации ферритина в сыворотке крови менее 30 мкг/л
- ;

повышением латентной железосвязывающей способности сыворотки крови
- ().

снижением коэффициента насыщения трансферрина железом менее 16–50%
Клинические анализы крови следует выполнять ежемесячно, биохимические исследования — каждый триместр, а также при динамическом лабораторном наблюдении.
Лечение железодефицитной анемии у беременных в I триместре сопряжено с определенными трудностями, в первую очередь с ограничением абсорбции железа в кишечнике. Идеальный период коррекции железодефицитных состояний — .
прегравидарный
().
Коррекцию латентного дефицита железа выполняют с помощью пероральных железосодержащих препаратов если нет противопоказаний и побочных явлений
.

Дозировка — 80–90 мг/сут в пересчете на элементарное железо до нормализации показателей обмена этого минерала
Для лечения железодефицитной анемии легкой степени и любой степени тяжести в I триместре оптимально использовать пероральные препараты железа:

- ()();

в виде солей железа II или полимальтозата железа III, по 160–200 мг в день, предпочтительно натощак за 1 ч до еды, желательно в несколько приемов

- ().

трехвалентное — однократно в сутки до нормализации показателя гемоглобина более 120 г/л у женщин вне беременности, до 110 г/л — у беременных
().()()().
Далее продолжают по 80–100 мг/сут в пересчете на элементарное железо до нормализации показателей обмена железа ферритин не менее 30 мкг/л Лечение железодефицитной анемии средней и тяжелой степени осуществляет гематолог или терапевт. Ту же тактику применяют при медленном приросте гемоглобина менее 7–8 г/л за неделю на фоне приема пероральных средств. После нормализации содержания железа в организме уровень гемоглобина, цветовой показатель, содержание ферритина в сыворотке и др. на прегравидарном этапе ферродотацию продолжают с использованием профилактических доз 60 мг железа в сутки, в том числе в составе витаминно-минеральных комплексов
(; .
Принято считать, что препараты на основе Fe^{2+} обеспечивают оперативную коррекцию железодефицита, но ассоциированы с частыми побочными эффектами, связанными с ЖКТ. Появление препаратов железа с пролонгированным высвобождением активного вещества позволило улучшить переносимость и сохранить эффективность терапии. Так, при включении железа сульфата в полимерный комплекс была получена таблетированная форма, запатентованный полимерный комплекс Eudragit RL и RS в виде матричной структуры с включенным в нее активным компонентом Fe^{2+}, из которой железо высвобождается постепенно, причем не в желудке, а в тонкой кишке. Абсорбция происходит в течение 6 ч без пиковых подъемов концентрации действующего вещества каждая таблетка препарата содержит 80 мг Fe^{2+}. Препарат назначается по 1 таблетке в сутки, при необходимости дозу можно увеличить до 2 таблеток в сутки
()
Как демонстрируют итоги систематического обзора «Переносимость различных пероральных препаратов железа» 2013 г., Испания, 111 исследований, 10,6 тыс. пациентов, прием железа сульфата в полимерном комплексе сопровождался наименьшей частотой побочных явлений из всех сравниваемых средств — 4,1%. Для остальных препаратов показатель составил:

- ();

железа сульфат без полимерного комплекса — 32% в сравнении с железа сульфатом в матрице ОШ = 11,21

- ();

железа протеин сукцинилат — 7,3% ОШ = 1,96

- ();

глицин-сульфат железа℗ — 23% ОШ = 5,9

- ();

железа глюконат — 30% ОШ = 11,06

- ().

стеарилфумарат железа℗ — 47,2% ОШ = 19,87
()
Об эффективности матричной формы сульфата железа в коррекции железодефицитной анемии свидетельствуют результаты рандомизированного многоцентрового исследования Украина, 9 городов и областных центров, 1,3 тыс. анкет. У больных с легкой степенью заболевания через 1 мес от начала лечения отмечали существенное повышение содержания эритроцитов, гемоглобина и цветового показателя крови, через 2–3 мес — полную нормализацию гемограммы. При тяжелой степени железодефицитной анемии повышения уровня гемоглобина в 1,8 раза достигали к 4 мес. У 91% пациентов не было зарегистрировано побочных эффектов, еще 8,6% отметили удовлетворительную переносимость; 99,8% прошли полный курс терапии.
Не меньшее значение имеет диета беременной: у женщин, исключивших из рациона или редко употребляющих продукты животного происхождения, содержащие связанное с белком железо, возникают клинические симптомы железодефицитной анемии.
Несбалансированное по нутриентам питание беременной также повышает риск плацентарной недостаточности при анемии.
Именно поэтому основным средством лечения и профилактики анемии по-прежнему считают рациональное питание. Беременная должна получать полноценную, богатую белком пищу, обеспечивающую нормальный синтез транспортного белка трансферрина. Рекомендованы пищевые продукты, содержащие легкоусвояемое железо: мясо, печень (термическая обработка не сказывается на количестве и усвоении железа), яичный желток, бобовые (фасоль, горох, какао), земляника (в любом виде), сушеные фрукты (курага), овощи (шпинат, картофель). Важно, что из растительных продуктов железо усваивается гораздо хуже (0,2%), чем из продуктов животного происхождения (10–15%).

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

При полноценном питании в организм ежедневно поступает до 50 мг железа, из которого ионизируется приблизительно 10 мг и всасывается 1,0–3,5 мг, что вполне обеспечивает потребности организма здоровой беременной. При снижении содержания гемоглобина менее 110 г/л требуется лечение анемии совместно с терапевтом.
. При адекватном лечении препаратами железа в достаточной дозе увеличение концентрации ретикулоцитов отмечают на 8–12-й день, содержание гемоглобина возрастает к концу 3-й недели. Уже в это время при отсутствии эффекта от лечения препаратами железа следует решить вопрос о консультации гематолога для исключения других возможных причин анемии. Нормализация показателей красной крови наступает только через 5–8 нед от начала терапии. После этого рекомендовано в течение 2–3 мес принимать половинную дозу препарата для восполнения запасов железа в депо организма (табл. 4.15).
Лечение следует продолжать не менее 3 нед, при этом нормализацию содержания гемоглобина нельзя считать критерием для прекращения приема препарата
Препараты для лечения железодефицитной анемии и профилактики железодефицита
Таблица 4.15.
1 2 3 4
Препарат
Состав препарата (в 1 драже, 1 таблетке, в 1 мл капель или сиропа)
Форма выпуска
Содержание элементарного железа
1
2
3
4

Железа сульфат + серин	Железа сульфат 113,85 мг, D, L-серин 129 мг в 1 капсуле	Капсулы, в блистере 10 капсул, по 2 и 5 блистеров в упаковке	Fe: 34,5 мг в 1 капсуле

2+

Железа сульфат + серин	Железа сульфат 47,2 мг, D, L-серин 35,6 мг, глюкоза и фруктоза 151,8 мг, калия сорбат 1 мг в 1 мл капель	Капли для приема внутрь, 30 мл во флаконе	Fe: 9,48 мг в 1 мл

2+

Железа сульфат + серин	Железа сульфат 171 мг, D, L-серин 129 мг, глюкоза, фруктоза в 5 мл сиропа	Сироп, 100 мл во флаконе	Fe: 34 мг в 5 мл

2+

Железа сульфат + аскорбиновая кислота	Железа сульфат 320 мг, аскорбиновая кислота 60 мг	Таблетки, покрытые оболочкой, по 30 и 50 таблеток во флаконе	Fe: 100 мг в 1 таблетке

2+

Железа (III) гидроксид полимальтозат	ГПК	Раствор для приема внутрь, 30 мл во флаконе с капельницей	Fe: 50 мг в 1 мл раствора (20 капель)

3+

Железа (III) гидроксид полимальтозат + фолиевая кислота	ГПК, фолиевая кислота 0,35 мг в 1 таблетке	Жевательные таблетки, 10 таблеток в блистере, по 3 блистера в упаковке	Fe: 100 мг в 1 таблетке

3+

Железа (III) гидроксид полимальтозат	ГПК	Жевательные таблетки, 10 таблеток в блистере, по 3 и 50 блистеров в упаковке	Fe: 100 мг в 1 таблетке

3+

Железа (III) гидроксид полимальтозат	ГПК	Сироп, 150 мл во флаконе	Fe: 10 мг в 1 мл

3+

Железа сульфат	Железа сульфат 247,25 мг (что соответствует концентрации железа 80 мг)	Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 10 таблеток в блистере, по 3 блистера в упаковке	Fe: 80 мг

2+

Железа глюконат + марганца глюконат + меди глюконат	В 10 мл раствора содержится: 50 мг железа глюконата, 1,33 мг марганца глюконата, 0,7 мг меди глюконата, глицерол, глюкоза, сахароза, лимонная кислота, натрия цитрат и др.	Раствор для приема внутрь, ампулы по 10 мл, по 20 шт. в упаковке	Fe: 5 мг в 1 мл

2+

Железа фумарат + фолиевая кислота	Железа фумарат 154 мг, фолиевая кислота 0,5 мг	Капсулы, 10 капсул в блистере, по 3 блистера в упаковке	Fe: 50 мг в 1 капсуле

2+

Железа сульфат + аскорбиновая кислота	Железа сульфат 50 мг, аскорбиновая кислота 30 мг	Драже, в упаковке 100 шт.	Fe: 10 мг в 1 драже

2+

Железа глюконат	Железа глюконат 300 мг в 1 таблетке	Таблетки, покрытые оболочкой, 10 таблеток в блистере, по 1 блистеру в упаковке	Fe: 30 мг в таблетке

2+

Железа фумарат в составе комплекса поливитаминов и минералов (Элевит Пронаталь)

♠

Железа фумарат 60 мг, витамины С, В, А, медь и др.

12

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, в упаковке 30 и 100 таблеток	Fe: 60 мг в таблетке

2+

Препарат

Состав препарата

Количество препарата в ампуле

Железа протеин сукцинилат 800 мг в 15 мл	Раствор для приема внутрь, 15 мл во флаконе, по 10 флаконов в упаковке	Fe: 40 мг в 15 мл

2+

Для внутримышечного введения

Жектофер			
Железа (III) сорбитол цитрат	100 мг в 2 мл		
Железа (III) гидроксид декстран	Железа (III) гидроксид декстран (низкомолекулярный)	100 мг в 2 мл	
Железа (III) гидроксид полимальтозат — раствор для инъекций	Гидроксид железа (III) с полимальтозой	100 мг в 2 мл	
Спейсферрон			

Водный раствор низкомолекулярного декстрана с микроэлементами — железом и кобальтом	100 мг в 5 мл		
Фербитол			

Железа (III) сорбитол	100 мг в 2 мл		
Феркайл			

Железа (III) декстран	100 мг в 2 мл		
Железа (III) гидроксид сорбитоловый комплекс	Железа (III) гидроксид сорбитоловый комплекс	100 мг в 2 мл	
Железа (III) гидроксид декстран — раствор для инъекций	Гидроксид железа (III) с полиизомальтозой в водном изотоническом растворе	100 мг в 2 мл	

Для внутривенного введения

Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	100 мг в 5 мл			
Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	100 мг в 5 мл, 40 мг в 2 мл			
Железа (III) гидроксид декстран	Железа (III) гидроксид декстран (низкомолекулярный)	100 мг в 2 мл			
Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	100 мг в 5 мл			
Железа карбоксимальтозат	Железа (III) карбоксимальтозат	500 мг в 10 мл, 100 мг в 2 мл			
Железа протеин сукцинилат					
Поливитамины + минералы			Железа сульфат 150 мг, аскорбиновая кислота 50 мг, рибофлавин 2 мг, тиамин 2 мг, никотинамид 15 мг, пиридоксин гидрохлорид 1 мг, пантотеновая кислота 2,5 мг	Капсулы, 10 капсул в блистере, по 1 блистеру в упаковке	Fe: 45 мг в 1 капсуле

2+

Железа (III) гидроксид полимальтозат	ГПК	Жевательные таблетки, 10 таблеток в стрипе, по 3 стрипа в упаковке	Fe: 100 мг в 1 таблетке

3+

Железа (III) гидроксид полимальтозат	ГПК	Сироп, 100 мл во флаконе	Fe: 10 мг в 1 мл

3+
:
Показания к парентеральному введению препаратов железа

- ;

непереносимость пероральных форм железа
- ();

нарушение всасывания железа неспецифический язвенный колит, энтерит
- ();

язвенная болезнь ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения
- ;

анемия средней и тяжелой степени в II и III триместрах
- ();

необходимость быстрого восполнения дефицита железа например, перед операциями или перед родами
- ;

отсутствие эффекта от приема пероральных препаратов
- .

гемоглобин менее 80–90 г/л

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Группа риска возникновения коагулопатий
Коагулопатические нарушения встречаются чаще всего у беременных с экстрагенитальными заболеваниями.
:
К этой группе относятся следующие категории беременных

- ;

с хроническим тромбофлебитом, варикозным расширением вен до беременности и/или во время нее
- ;

гепатобилиарным синдромом
- ;

нарушением фосфолипидного обмена
- ;

заболеваниями крови
- ();

перенесшие патологическую кровопотерю в родах или вне беременности и имеющие в анамнезе указание на ТЭО
- ;

с ПЭ
- .

с СД
У беременных этой группы следует проводить все мероприятия, показанные женщинам основных групп риска. Совместно с другими специалистами (сосудистым хирургом, гематологом) определяют метод лечения и профилактики осложнений основного заболевания (тромбофлебита, заболевания крови). Все лечебные мероприятия следует проводить под контролем коагулограммы или тромбоэластограммы в каждом триместре беременности. Медикаментозная терапия назначается индивидуально, в зависимости от характера заболевания, осложняющего течение беременности.
В настоящее время действуют КР «Железодефицитная анемия» (2021), подготовленные национальным гематологическим обществом и национальным обществом детских гематологов, онкологов. Данные КР, к сожалению, не содержат информации о тактике ведения беременных.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Беременные с тазовым предлежанием и неправильным положением плода
Частота тазовых предлежаний плода в течение многих лет остается постоянной и колеблется в пределах 3,1–5,0%.
Среди всех тазовых предлежаний доля чисто ягодичного предлежания составляет 63,2–68,0%, смешанного ягодичного — 20,6–23,4%, ножного — 11,4–13,4%. Чем меньше срок беременности, тем выше частота тазового предлежания плода. При сроке беременности <28 нед и массе плода <1000 г частота тазового предлежания плода достигает 35%, в то время как при сроке 34–36 нед при массе плода 2000–2499 г она не превышает 8% (КР «Тазовое предлежание плода», 2020).
Этих беременных, как и беременных с неправильным положением плода (косое, поперечное), выделяют в отдельную группу риска. Такой подход обусловлен большим количеством осложнений по сравнению с головным предлежанием плода.
Тазовое предлежание — клиническая ситуация, при которой предлежащей частью являются ягодицы и/или ножки/ножка плода.
Ягодичное предлежание:
а) чисто ягодичное предлежание — ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода;
б) смешанное ягодичное предлежание — ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы плода.
Ножное предлежание:
в) полное ножное предлежание — предлежат обе ножки (стопы) плода, при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных коленных суставах;
г) неполное ножное предлежание — предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода; при этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставах;
д) коленное предлежание — предлежат колени (одно или оба) плода; при этом одна или обе ножки плода разогнуты в тазобедренных и согнуты в коленных суставах.
Основными осложнениями являются ПР (18–50%), преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (23%), большая продолжительность родов, слабость родовой деятельности, акушерский травматизм, патологическая кровопотеря, осложненное течение послеродового периода, повышенная перинатальная заболеваемость новорожденных (гипоксия и асфиксия плода, родовые травмы), высокая мертворождаемость (10–13%) и ранняя детская смертность (20–23%).
Частота неправильных (косых, поперечных) положений плода составляет 0,5–0,7%. Наиболее частые осложнения: ПР (20–60%), преждевременное и раннее излитие вод (38–52%), разрывы матки, увеличение количества случаев оперативного родоразрешения, выпадение пуповины и мелких частей плода, увеличение показателя перинатальной смертности и частоты травматизации плода (КР «Тазовое предлежание плода», 2020).
Немедикаментозные методы лечения.

- В 36 нед рекомендовано ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами при тазовом предлежании плода, медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, возможными методами родоразрешения и их осложнениями.
- Не рекомендовано предлагать пациентке корригирующую гимнастику (комплекс гимнастических упражнений по методу Грищенко И.И., Шулешовой А.Е., Диканю И.Ф.) и акупунктуру для самостоятельного поворота плода на головку, так как их эффективность не доказана.
- Рекомендовано предложить пациентке наружный поворот плода на головку (при отсутствии противопоказаний к естественным родам) для снижения вероятности КС. Эффективность наружного поворота плода на головку составляет 30–80%. При успешном наружном повороте плода на головку в 5% наблюдений отмечается спонтанная реверсия плода. Необходимо предупредить пациентку о том, что успех манипуляции зависит от многих факторов и никогда не может быть гарантирован на 100%.
- Для изменения положения плода рекомендовано проводить наружный поворот плода на головку врачу — акушеру-гинекологу, владеющему техникой наружного поворота, в акушерском стационаре второй или третьей группы. Наружный поворот плода на головку необходимо проводить в акушерском стационаре с наличием условий для экстренного КС, анестезиологической и неонатальной служб, УЗ-диагностики.
- Наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить в срок >36 нед беременности у первородящих и >37 нед беременности у повторнородящих.

- Наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить при отсутствии противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути, удовлетворительном состоянии плода (по данным КТГ, допплерографического исследования кровотока в артерии пуповины), нормальном количестве амниотической жидкости.
- Наружный поворот плода на головку не рекомендовано проводить при наличии следующих противопоказаний: планируемом оперативном родоразрешении путем КС; кровотечении во второй половине беременности; патологической/сомнительной КТГ; нарушении кровотока в системе мать–плацента–плод по данным допплерометрического исследования; ЗРП с нарушением кровотока в артерии пуповины; аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующих повороту; многоплодии (кроме поворота второго плода после рождения первого плода); рубце на матке; грубых пороках развития плода, мертвом плоде; разгибании головки плода; ПЭ или АГ; разрыве плодных оболочек; отсутствии добровольного информированного согласия на операцию наружного поворота; маловодии и многоводии; неустойчивом положении плода.
- Перед наружным поворотом плода на головку рекомендовано информировать пациентку о возможных осложнениях, риск которых не превышает 0,5%. К возможным осложнениям наружного акушерского поворота, требующих экстренного КС, относятся:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- ПР;
- дородовое излитие околоплодных вод;
- разрыв матки;
- эмболия околоплодными водами;
- дистресс плода.
- Перед наружным поворотом плода на головку рекомендовано учитывать предикторы его успешного выполнения, к которым относятся высокий паритет; абдоминальная пальпация головки плода; отсутствие ожирения; прикрепление плаценты на задней или боковых стенках матки; чисто ягодичное предлежание плода; индекс амниотической жидкости более 10 см.
- При выполнении наружного поворота плода на головку рутинный токолиз не рекомендован (особенно у повторнородящих).
- При выполнении наружного поворота плода на головку рутинное использование спинальной или эпидуральной анестезии не рекомендовано.
- Несенсибилизированным резус-отрицательным пациенткам после наружного поворота плода на головку рекомендовано дополнительно назначить иммуноглобулин человека антирезус Rho(D) внутримышечно в дозе согласно инструкции к препарату.
- В случае успешного наружного поворота плода на головку рекомендовано вести беременность согласно КР «Нормальная беременность» (2020), при спонтанном начале родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути.
- В случае неэффективного наружного поворота плода на головку рекомендовано вести роды через естественные родовые пути при отсутствии противопоказаний для естественного родоразрешения.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Кесарево сечение при тазовом положении плода.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при тазовом предлежании плода: при сроке беременности менее 32 нед, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, ПМП <2500 г или >3600 г. Рождение плода <2500 г или >3600 г в тазовом предлежании не является нарушением КР. Оперативное родоразрешение женщин с тазовым предлежанием носит рекомендательный характер и зависит от паритета и акушерской ситуации.
- Плановое КС рекомендовано на сроке >39 нед беременности, что способствует оптимальному физиологическому созреванию плода, при отсутствии показаний для досрочного родоразрешения.

Рекомендовано информировать пациентку о том, что безопасность естественных родов при тазовом предлежании плода сопоставима с таковой при головном предлежании и обеспечивается корректным отбором беременных, а также достаточным опытом ведения родов квалифицированным медицинским персоналом.
Перинатальная смертность при вагинальных родах в тазовом предлежании плода составляет от 0,8 до 1,7‰, при КС после 39-й нед беременности — от 0 до 0,8‰; при родах в головном предлежании — 1‰.
Факторами, влияющими на исход родов в тазовом предлежании плода, являются:

- дородовая подготовка беременной;
- информирование пациентки о рисках и преимуществах наружного поворота плода на головку, а также показаниях к тому или иному способу родоразрешения;
- информирование пациентки о том, что КС приводит к незначительному снижению перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных по сравнению с естественными родами в тазовом предлежании плода;
- информирование пациентки о факторах, влияющих на безопасность естественных родов при тазовом предлежании плода.

Госпитализация беременных с ягодичным предлежанием осуществляется в стационар не ниже второго уровня, с косым ли поперечным положением плода — в стационар не ниже третьего уровня. Вопрос о необходимости дородовой госпитализации решается индивидуально исходя из местных территориальных условий, состояния беременной, наличия сопутствующих заболеваний, паритета и т.д.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Беременные, перенесшие операции на матке
В этой ежегодно увеличивающейся группе риска ГЛАВНЫМ принципом диспансеризации следует считать профессионально и этически недопустимый настрой беременной на непременное повторное КС. Разумеется, речь не идет об имеющих противопоказаниях к родам через естественные родовые пути.
КР «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде» (2021).
Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде, — состояние, осложняющее течение беременности, родов и послеродового периода, связанное с наличием рубца на матке после одного или нескольких операций КС в анамнезе либо других хирургических вмешательств на матке.
Рубец на матке возникает вследствие следующих оперативных вмешательств на матке.

- Родоразрешение путем операции КС в анамнезе (78–84%):

- одна операция КС (86–88%);
- две операции КС (10–13%);
- три и более операции КС (1%).
- Миомэктомия в анамнезе (10–12%).
- Рассечение перегородки полости матки (4–5%).
- Хирургические вмешательства, связанные с аномалиями развития матки (до 1%).
- Перфорация матки (до 1%).

Существует две теории разрыва матки — механическая, согласно которой разрывы возникают вследствие пространственного несоответствия между предлежащей частью плода и тазом матери, и гистопатическая, согласно которой основная причина разрывов — глубокие гистопатические изменения миометрия, возникающие в результате атрофических, дистрофических и воспалительных процессов в миометрии. Основная причина гистопатического разрыва матки — рубец на матке после различных операций, а также многочисленные внутриматочные вмешательства.
— разрыв матки, проникающий в брюшную полость (повреждение миометрия и висцеральной брюшины) или нарушение целостности миометрия с продолжением разрыва на мочевой пузырь или круглую связку матки с перемещением частей плода в брюшную полость матери или без него.
Полный разрывматки
— нарушение целостности миометрия, не проникающее в брюшную полость, без нарушения целостности пузырно-маточной складки, нарушения целостности плодного пузыря и без выхождения частей плода в брюшную полость матки.
Неполный разрыв матки
— нарушение целостности миометрия, не проникающее в брюшную полость, без нарушения целостности висцеральной и париетальной брюшины, нарушения целостности плодного пузыря и без выхождения частей плода в брюшную полость матки.
Расползание матки по рубцу

В большинстве случаев разрыв по рубцу происходит во время родов и только в 8–9% — во время беременности. Корпоральный разрез матки значительно чаще приводит к разрыву при последующей беременности, нежели разрез в нижнем маточном сегменте. Опасен также разрыв матки по рубцу на задней стенке матки (после перфорации, миомэктомии) — при этом наблюдается стертая клиническая картина за счет несильного кровотечения, разрыв часто происходит задолго до доношенного срока — в 30–34 нед беременности, гибель плода может наступить до выраженных симптомов.
Участившиеся в последние годы операции КС сделали проблему ведения беременности и родов у этого контингента женщин более актуальной. Кроме того, возросла частота выполнения миомэктомий. Наличие в анамнезе женщины перенесенной операции на матке или ушивания перфорационного отверстия после аборта предполагает формирование соответствующей группы риска.
Неизвестно, какой процент пациенток с рубцом на матке после КС может быть отобран для попытки влагалищных родов из всей популяции пациенток с рубцом на матке. По данным статистики разных стран, от 13 до 30–50% пациенток с рубцом на матке могут быть отобраны для попытки влагалищных родов.
В Российской Федерации частота влагалищных родов у пациенток с рубцом на матке не превышает 1,5%. По данным различных авторов, частота успешных влагалищных родов женщин с рубцом на матке варьирует от 50 до 85%.
Материнская заболеваемость при удачной попытке влагалищных родов с рубцом на матке низкая. Материнская смертность связана преимущественно с разрывом матки (22–75 случаев на 100 000), кровотечением, тромбоэмболическими и инфекционными осложнениями — частота эндометрита в послеродовом периоде увеличивается на 1% (289 на 10 000 в сравнении с 180 на 10 000 при элективном КС). Риск осложнений при запланированном КС у пациенток с рубцом на матке существенно превышает риск при удачной попытке влагалищных родов. Материнская смертность при попытке влагалищных родов с рубцом на матке составляет 17/ на 100 000 попыток влагалищных родов в сравнении с 44 на 100 000 при плановом КС. За счет влагалищных родов с рубцом на матке возможно уменьшить риск неонатальных респираторных заболеваний на 15–20% в сравнении с плановым КС. При плановом КС увеличивается риск ТЭО в 3,8 раза, разрыва матки при последующих беременностях — в 42 раза, абдоминальных болей — в 2 раза, травмы мочевого пузыря — в 36 раз. Нет достоверных различий в объеме кровотечения (>1000 мл), диспареунии и детского церебрального паралича. Эти цифры демонстрируют ненужность подготовки беременной с оперированной маткой к выбору метода родоразрешения: убежденная врачом женской консультации в выбранной технологии (чаще всего в повторном КС) женщина с трудом поддается переубеждению в обратном при наличии условий для родов . Лучше, если обсуждаемый план родоразрешения будет содержать оба варианта! Разумеется при отсутствии (КР «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде», 2021).
*per vias naturales***противопоказаний**

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

По степени состоятельности рубец на матке делится на состоятельный и несостоятельный.
В случае в зоне рубца возможна глубокая инвазия хориона. Это способствует развитию несостоятельности рубца задолго до наступления родов. Крайне опасная ситуация — беременность в рубце, когда зигота имплантируется в нишу рубца, и инвазия первичных ворсин хориона происходит в рубцовую ткань. Попытка кюретажа беременности в рубце (выкидыш в ходу, артифициальный аборт) приводит к массивному кровотечению, не поддающемуся консервативной терапии.
плацентации
:
Критерии повышенного риска несостоятельности рубца на матке после КС

- ();

осложненное течение послеоперационного периода эндометрит, вторичное заживление раны и т.д. после оперативного вмешательства
- ;

предшествующее корпоральное КС
- ;

два КС и более в анамнезе
- ;

рубец на коже, спаянный с подлежащими тканями
- ;

боли в области рубца на матке
- ;

боль, отдающая в свод влагалища
- ;

болезненность при пальпации в области рубца
- ;

болезненное шевеление плода
- ;

истончение брюшной стенки и матки в области рубца
- ;

повышенный тонус матки
- ;

незрелость шейки матки при доношенной беременности
- ;

повышенная двигательная активность плода
- ;;

изменения на КТГ брадикардия, длительные децелерации
- .

данные УЗИ
считают равномерный, однородный по структуре послеоперационный рубец толщиной более 0,2 см. Несостоятельным принято считать **Состоятельным***рубец при выявлении неоднородности структуры тканей нижнего сегмента в виде гиперэхогенных включений, истончения менее 0,2 см или утолщения более 0,5 см при выраженной эхонегативности окружающих тканей, а также кратерообразное истончение рубца и резкое истончение нижнего сегмента матки в области предполагаемого рубца, плацентацию в нижнем сегменте матки и непосредственно в области рубца.*
До наступления беременности
На этом этапе формируется группа женщин детородного возраста, перенесших КС, миомэктомию, метропластику, ушивание перфорационного отверстия в матке.
Основная задача врача участка ЖК на данном этапе — женщин после перенесенных операций и рациональная . Беременность следует разрешать не ранее чем через 2–3 года после перенесенной операции на матке. Женщины этой группы должны быть заблаговременно предупреждены о необходимости раннего посещения консультации при повторной беременности.
*реабилитация***контрацепция**
После наступления беременности
При малейшем подозрении на несостоятельность рубца или возникновении любых акушерских осложнений — экстренная госпитализация в стационар третьего уровня.
При нормальном течении беременности пациенток с рубцом на матке после КС, миомэктомии, любой операции на матке или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке нужно госпитализировать для родоразрешения в стационары второго и третьего уровней. При необходимости дородовой госпитализации ее проводят в 38 нед или ранее при наличии показаний.
Прогнозирование срока и метода , куда в соответствии с принципами маршрутизации будет госпитализирована беременная с оперированной маткой.
родоразрешения — после консилиума в родовспомогательном учреждении

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Группа риска возникновения гнойно-септических осложнений
Гнойно-септические осложнения возникают в результате действия на организм различных микроорганизмов, бактерий, вирусов, риккетсий и др. В 30–35% септический процесс вызывают грамположительные бактерии (стафилококки, стрептококки), в 60–65% — грамотрицательные (кишечная палочка, протей, клебсиелла, синегнойная палочка). Септический процесс, вызванный грамотрицательной флорой, протекает

более злокачественно и чаще приводит к септическому шоку. В последние годы отмечается учащение гнойных процессов, вызванных сапрофитами и анаэробами.
Частота тяжелого сепсиса с летальными исходами увеличивается на 10–20% и более в год, при этом основными факторами риска являются поздний возраст матери, ожирение, беременность на фоне хронических воспалительных заболеваний, болезней зубов (кариес) и слизистой оболочки полости рта, ВРТ и многоплодная беременность и пр. (табл. 4.16, 4.17). Материнская смертность от сепсиса также имеет тенденцию к росту. В 2019 г. ее доля в структуре причин материнской смертности выросла на 50,5%.
Основные факторы риска развития сепсиса и септического шока в акушерстве и гинекологии
Таблица 4.16.

	Факторы риска	**Осложнения**
Инфекции, связанные с беременностью и/или инфекции, возникающие во время хирургических процедур, связанных с беременностью	Хориоамнионит Послеродовой эндометрит Септический аборт Септический тромбофлебит Послеродовой сепсис Инфекция послеоперационной раны Инфекция после эпизиотомии Некротический фасциит Тазовый абсцесс Инфицирование шва на шейке матки Амниоцентез — септический выкидыш Кордоцентез	
Инфекции, не связанные с беременностью, но происходящие чаще во время беременности	Инфекция нижних мочевыводящих путей Пиелонефрит Малярия Листериоз Вирусный гепатит (Е) Пневмония Кокцидиоидомикоз Аспирационная пневмония	
Непредвиденные инфекции во время беременности	Внебольничная пневмония Инфекции, связанные с ВИЧ, — ВИЧ-ассоциированные инфекции Токсоплазмоз Цитомегалия Желудочно-кишечные инфекции Диссеминированная герпетическая инфекция Внутрибольничная пневмония	
Внутрибольничные инфекции	Вентилятор-ассоциированная пневмония Катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей Инфекции, связанные с катетеризацией магистральных сосудов Инфекция кожи и мягких тканей, связанные с периферическими внутривенными катетерами Инфицирование операционной раны	

Основные возбудители гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве и гинекологии
Таблица 4.17.

	Возбудители
Грамотрицательные	s
Escherichia coli *Haemophilus influenzae* *Klebsiella species* *Enterobacter species* *Proteus species* *Pseudomonas species* *Serratia specie*	
Грамположительные	
Pneumococcus *Streptococcus, groups A, B, and D* *Enterococcus* *Staphylococcus aureus* *Listeria monocytogenes*	
Анаэробы	s
Bacteroides species *Clostridium perfringens* *Fusobacterium species* *Peptococcus* *Peptostreptococci*	

За последние 25 лет уже трижды (1991, 2001 и 2016 гг.) поменялось само определение сепсиса и септического шока, каждые 4 года идет обновление международного протокола интенсивной терапии (Surviving Sepsis Campaign Guidelines, 2004, 2008, 2012, 2016 гг.).
Наиболее значимые факторы риска сепсиса в акушерско-гинекологической практике:

- ;

возраст моложе 20 лет либо 40 лет и старше

- ;

большой паритет родов, мертворождение

- ;

задержка продуктов зачатия

- ;

преждевременный разрыв плодных оболочек

- ;

серкляж шейки матки

- ;

многоплодие

- ;

ВИЧ-инфекция

-

хроническая сердечная и печеночная недостаточность;

- ;

системная красная волчанка

- ();

пневмония/инфекции дыхательных путей особенно вирусные

- .

инфекции генитального тракта

составляют беременные, перенесшие в прошлом послеродовой или послеабортный сепсис, эндометрит, мастит, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания, нёбных миндалин, гепатобилиарной системы, почек и мочевыводящих путей, женской половой сферы, с кариесом зубов, с варикозным расширением вен, флебитами и тромбофлебитами, с фурункулезом, с рубцами на матке после операций.

Группу риска возникновения гнойно-септических осложнений

Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний заключается в своевременной диагностике и лечении инфекций мочевыводящих путей, коррекции анемии и расстройств питания, компенсации СД, ИППП и других урогенитальных инфекций. Помимо этого, имеют значение общеукрепляющие мероприятия: физическая подготовка беременных к родам — гигиенические мероприятия, закаливание организма, солнечные и воздушные ванны, купание, физкультурные упражнения.

Имеет значение выявление носителей β-гемолитического стрептококка группы B () в 37 нед беременности для последующей антибиотикопрофилактики в родах.

S. agalactiae

Рутинная антибиотикопрофилактика всем женщинам в II–III триместре беременности с целью снижения инфекционной заболеваемости вне инфекционного процесса или при обнаружении носительства эффекта не имеет.

Профилактика гнойно-септических осложнений у беременных — это ограничение ненужных госпитализаций в стационар. Каждая госпитализация беременной — поражение внутрибольничной, устойчивой к антибиотикам инфекцией.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению инфекций в акушерстве (сентябрь, 2015).

Не рекомендуются:

- сбривание волос на лобке и промежности при вагинальных родах;
- рутинная обработка влагалища хлоргексидином в родах с целью предупреждения послеродовых гнойно-септических заболеваний;
- рутинная обработка влагалища хлоргексидином в родах женщинам — носителям стрептококка группы B для предупреждения ранней неонатальной стафилококковой инфекции;
- рутинная антибиотикопрофилактика всем женщинам в II–III триместре беременности с целью снижения инфекционной заболеваемости;
- рутинная антибиотикопрофилактика женщинам с ПР при интактных плодных оболочках;
- рутинное введение антибиотиков женщинам с преждевременным излитием околоплодных вод при родах в срок или близких к сроку;
- рутинное введение антибиотиков женщинам с мекониальными водами;
- рутинная антибиотикопрофилактика женщинам с оперативными влагалищными родами;
- рутинная антибиотикопрофилактика женщинам с эпизиотомией;
- рутинная антибиотикопрофилактика женщинам с неосложненными влагалищными родами.

Комитет экспертов отметил принятие и использование классификации антибиотиков (табл. 4.18), по группам (Access), (Watch) и (Reserve), в перечнях основных лекарственных средств в ряде государств-членов, в том числе поддержание классификации министрами здравоохранения стран G20 в Аргентине в октябре 2018 г. Более того, был принят новый целевой показатель для стран — не менее 60% всех применяемых антибиотиков должны быть из группы доступа.

AWaRedоступанаблюдениярезерваAWaRe

Классификация антибиотиков AWaRe (Access, Watch, Reserve)

Таблица 4.18.

	Доступ	**Наблюдение**	**Резерв**
Амоксициллин Амоксициллин и клавулановая кислота Ампициллин Бензатина бензилпенициллин Бензилпенициллин Цефалексин или цефазолин Хлорамфеникол Клиндамицин Клоксациллин Доксициклин Гентамицин или амикацин Метронидазол Нитрофурантоин Феноксиметилпенициллин Прокаин бензилпенициллин Спектиномицин Сульфаметоксазол и триметоприм			

℘

Противопсевдомонадные пенициллины с ингибитором β-лактамазы (например, пиперациллин и тазобактам) Карбапенемы или пенемы (например, фаропенем, имипенем и циластатин, меропенем) Цефалоспорины III поколения (с ингибитором β-лактамаз или без него; например, цефиксим, цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон) Гликопептиды (например, тейкопланин, ванкомицин) Макролиды (например, азитромицин, кларитромицин, эритромицин) Хинолоны и фторхинолоны (например, ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин, норфлоксацин)

℘

Азтреонам Цефалоспорины IV поколения (например, цефепим) Цефалоспорины V поколения (например, цефтаролин) Даптомицин Фосфомицин (внутривенно) Оксазолидиноны (например, линезолид) Полимиксины (например, колистин, полимиксин B) Тигециклин

℘

. В эту группу вошли антибиотики, которые обладают активностью в отношении широкого спектра распространенных чувствительных к ним бактериальных патогенов и связаны с меньшей вероятностью формирования резистентности к ним по сравнению с антибиотиками других групп. Ряд антибиотиков группы доступа рекомендованы в качестве важных препаратов первого или второго выбора при назначении эмпирической терапии инфекционных заболеваний.

Антибиотики группы доступа (Access)

. К этой группе относятся классы антибиотиков, которые связаны с более высокой вероятностью формирования резистентности к ним и/или антибиотики, с которыми связан относительно высокий риск селекции резистентных микроорганизмов. Эти лекарственные средства должны рассматриваться в качестве приоритетных при реализации стратегий рационального использования антибактериальных препаратов и мониторинга. Ряд антибиотиков, относящихся к группе наблюдения, рекомендованы в качестве важных препаратов первого или второго выбора при назначении эмпирической терапии ограниченного числа специфичных инфекционных заболеваний.

Антибиотики группы наблюдения (Watch)

. К этой группе относятся антибиотики и классы антибиотиков, которые должны применяться исключительно для лечения подтвержденных или подозреваемых инфекций, вызванных бактериальными возбудителями с множественной лекарственной устойчивостью. Антибиотики группы резерва должны рассматриваться в качестве препаратов «крайней меры».
Антибиотики группы резерва (Reserve)
ВОЗ также опубликовала список устойчивых к действию антибиотиков «» — 12 видов бактерий, представляющих наибольшую угрозу для здоровья человека (табл. 4.19). Список был разработан в рамках деятельности ВОЗ по борьбе с набирающей масштаб проблемой устойчивости к противомикробным препаратам. Представленные в списке ВОЗ бактерии разделены на три группы по уровню потребности в создании новых антибиотиков: критически высокий уровень приоритетности, высокоприоритетные и среднеприоритетные.
приоритетных патогенов
Приоритетные возбудители (Всемирная организация здравоохранения, 2019)
Таблица 4.19.
Возбудитель Устойчивость к антибиотикам
Первая категория приоритетности: критически высокий уровень
Acinetobacter baumannii
Pseudomonas aeruginosa
Enterobacteriaceae
Карбапенемам
Вторая категория приоритетности: высокий уровень
Enterococcus faecium
Staphylococcus aureus
Helicobacter pylori
Campylobacter spp.
Salmonellae
Neisseria gonorrhoeae
Ванкомицину Метициллину Кларитромицину Фторхинолонам Фторхинолонам Цефалоспоринам, фторхинолонам

Третья категория приоритетности: средний уровень
Streptococcus pneumoniae
Haemophilus influenzae
Shigella spp.
Пенициллину Ампициллину Фторхинолонам

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Группа беременных с отягощенной наследственностью
В нее включают женщин, родивших детей с наследственными заболеваниями, аномалиями развития, мертворожденных, а также беременных, у которых наследственными заболеваниями страдают родственники. В группу беременных с отягощенной наследственностью включают и женщин, чьи мужья являются носителями заболевания по доминантному типу (хондродистрофия). Все супружеские пары в указанных случаях должны быть обследованы в медико-генетических консультациях.
При установлении у супругов заболевания, наследующегося сцепленно с полом, необходимо в 11–13 нед беременности направить женщину в перинатальный центр, где будет определен пол плода и решен вопрос о целесообразности вынашивания данной беременности.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Группа женщин с отягощенным акушерским анамнезом
Формирование этой группы целесообразно проводить до беременности, осуществляя диспансерное наблюдение женщин, у которых имели место мертворождения или смерть новорожденных в ранний неонатальный период, а также ПР и поздние выкидыши; роды, осложнившиеся кровотечением, оперативным вмешательством и пр.
До наступления очередной беременности в каждом случае следует уточнить причину осложненного течения предыдущей беременности и при необходимости провести лечение имеющихся осложнений. Если причиной гибели ребенка была родовая травма, обязательна рентгенопельвиометрия для определения функционального состояния таза женщины. После наступления очередной беременности нужно обеспечить женщине диспансерное наблюдение в соответствии с ее принадлежностью к группам риска перинатальных, акушерских или экстрагенитальных осложнений и соблюдение рекомендованных лечебно-профилактических мероприятий в условиях ЖК.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Группа риска возникновения и развития экстрагенитальных заболеваний
В случае наступления беременности у женщин с экстрагенитальными или инфекционными заболеваниями задача акушера — совместно с решить вопрос о возможности вынашивания данной беременности, при противопоказаниях к вынашиванию беременности — решить, каким путем безопаснее ее прервать; при сохранении беременности разработать план обследования (при необходимости — лечения) профильными специалистами, определить уровень стационара для родоразрешения данной пациентки соответственно группе риска по экстрагенитальному заболеванию.
профильнымспециалистом
Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности содержится в приложении к приказу МЗ и социального развития РФ от 03.12.2007 № 736 (см. приложение 9).
При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом — акушером- гинекологом. При отсутствии в медицинской организации врача — акушера- гинеколога медицинская помощь может оказываться врачами — акушерами- гинекологами иных медицинских организаций.
При наличии акушерских осложнений беременная направляется в акушерский стационар. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитального заболевания беременная направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния (приказ № 1130н).
Диспансерное наблюдение этого контингента беременных осуществляет акушер-гинеколог ЖК совместно с профильным специалистом (см. также главу I).
В каждом конкретном случае для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности в медицинских организациях формируется комиссия в составе врача — акушера-гинеколога, врача-специалиста по профилю заболевания беременной, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности, и руководителя медицинской организации. Персональный состав комиссии и порядок ее деятельности определяются руководителем медицинской организации. При наличии медицинских показаний для искусственного прерывания беременности комиссией выдается заключение о наличии у беременной заболевания как основного показания для искусственного прерывания беременности, заверенное подписями членов комиссии и печатью медицинской организации.
Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке , имеющей возможность оказания специализированной, в том числе реанимационной, помощи, имеющей в своем штате врачей-специалистов того профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности.
до 22 нед беременную направляют в гинекологическое отделение многопрофильной больницы

Для прерывания беременности по медицинским показаниям , имеющий возможность оказания специализированной, в том числе реанимационной, помощи женщине с учетом основного заболевания, а также новорожденному с низкой и экстремально низкой массой тела.
начиная с 22-й недели беременности пациентку направляют в акушерский стационар
, которой разрешено вынашивание беременности, осуществляется участковым акушером-гинекологом и терапевтом ЖК или же врачами специализированного центра. Особого внимания требуют больные, которым было рекомендовано прерывание беременности, но в силу различных причин они сохранили беременность. Диспансеризации подлежат также больные с редко встречающимися заболеваниями, неблагоприятно влияющими на течение беременности или прогрессирующими под ее влиянием. Беременные должны быть информированы о необходимости регулярного посещения акушера-гинеколога, терапевта и других специалистов, а также о сроках всех исследований и предполагаемой плановой госпитализации. Большое значение имеет психотерапия беременной и ее родственников, антенатальный патронаж. Как правило, беременные с экстрагенитальными заболеваниями посещают терапевта в те же сроки, что и акушера-гинеколога (за исключением больных, при ведении которых можно ограничиться обычным наблюдением терапевта). Акушер-гинеколог не имеет лицензии на лечение экстрагенитальных заболеваний и поэтому не должен назначать лекарственные средства не по профилю «акушерство и гинекология». Задачи врача ЖК две: 1) профилактика , обусловленных экстрагенитальным заболеванием; 2) коррекция/согласование лекарственных средств для обеспечения их безопасности для растущего плода.
Диспансерное наблюдение беременной с экстрагенитальными заболеваниямиосложнений беременности и родов
Соответствующий режим, диета и лекарственная терапия назначаются врачом-специалистом по профилю экстрагенитального заболевания. Особенностью фармакотерапии беременных является строгий подбор лекарственных средств с целью исключения их вредного действия на плод. До 11–12-й недели беременности желательно избегать назначения препаратов с тератогенным и эмбриотоксическим действием и по возможности применять физические методы лечения, диету, фитотерапию, разрешенную беременным.
По мере развития беременности арсенал фармакологических средств может быть расширен, но следует подбирать препараты с учетом их влияния на плод .
Лекарственное обеспечение клинических протоколов. Акушерство и гинекология / [Радзинский В.Е., Минаева А.В., Новгинов Д.С. и др.]; под ред. проф. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 264 с.' Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина, 2016.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Беременность при сердечно-сосудистых заболеваниях
Частота сердечно-сосудистых заболеваний у беременных колеблется в значительных пределах, но стоит на первом месте по значимости среди всех экстрагенитальных заболеваний. Так, заболевания сердца наблюдаются в среднем у 7–9%, гипертоническая болезнь — у 5–6%.
В период беременности повышенная нагрузка на сердечно-сосудистую систему вызывает физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функции сердца. Повышение нагрузки связано с усилением обмена, направленным на обеспечение потребностей плода, увеличением объема циркулирующей крови, появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения, с постоянно нарастающей массой тела беременной. При увеличении размеров матка ограничивает подвижность диафрагмы, повышается внутрибрюшное давление, изменяется положение сердца в грудной клетке, что в конечном итоге приводит к изменениям условий работы сердца. Такие гемодинамические сдвиги, как увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса, могут оказаться неблагоприятными и даже опасными у беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы вследствие наслоения их на уже имевшиеся, обусловленные болезнью.
Особого внимания заслуживают мальформации сосудов, выявить которые и до, и во время беременности сложно: нет скрининговых программ. Анамнестические данные могут нацелить врача на поиск сосудистых аномалий при указаниях на подобные нарушения у кровных родственников.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Пороки сердца
. Встречается наиболее часто у взрослых с ВПС (9–17%). Проявляется клинически, как правило, на третьем-четвертом десятилетии жизни. Течение и исход беременности при этом пороке сердца обычно благополучны. В редких случаях при нарастании сердечной недостаточности приходится прибегать к прерыванию беременности.
Дефект межпредсердной перегородки
. Этот порок относят к числу наиболее распространенных врожденных пороков (8–10%). Заболевание может осложнять развитие правожелудочковой недостаточности, так как при беременности увеличиваются объем циркулирующей крови и сердечный выброс. При легком и умеренном стенозе легочной артерии беременность и роды могут протекать благополучно.
Изолированный стеноз легочной артерии
. Порок обусловлен сужением аорты в области ее перешейка (граница дуги и нисходящей части аорты). Коарктация аорты нередко сочетается с двухстворчатостью клапана аорты. Коарктацию аорты могут осложнять кровоизлияние в мозг, расслоение или разрыв аорты, подострый бактериальный эндокардит. Наиболее частой причиной смерти становится разрыв аорты. Коарктация аорты II–IIIБ степени является абсолютным противопоказанием для беременности, при I степени (АД не выше 150 мм рт.ст.) беременность допустима при исключении в родах потуг.
Коарктация аорты (стеноз перешейка аорты)
составляют от 75 до 90% поражений сердца у беременных. При всех приобретенных ревматических пороках сердца беременность может осложняться ПЭ, угрозой ПР и ФПН. При подозрении на наличие приобретенных ревматических пороков сердца (вне зависимости от срока беременности) необходима консультация терапевта и кардиолога, при появлении признаков сердечной недостаточности, легочной гипертензии, активной ревматической лихорадки, а также нарушениях ритма и проводимости показаны консультации кардиолога и кардиохирурга для совместного выбора тактики ведения беременной и определения перспектив сохранения беременности. Наиболее частой формой ревматического порока сердца является митральный стеноз, «чистый» или преобладающий, при сочетании с недостаточностью митрального клапана. Данный порок обнаруживают у 75–90% беременных, страдающих приобретенными ревматическими пороками сердца. Во время беременности больное сердце поставлено перед необходимостью транспортировать значительно большее количество крови, поскольку объем циркулирующей крови увеличивается на 30–50% независимо от состояния сердца. При I степени митрального стеноза беременность может быть продолжена при отсутствии ревматического процесса. К сожалению, у больных с митральным стенозом во время беременности в связи с усилением легочной гипертензии возрастает опасность отека легких. При этом ни один способ родоразрешения (с помощью акушерских щипцов, путем КС) не помогает купировать отек легких. Наиболее надежным выходом для обеспечения благоприятного исхода в таких случаях является митральная комиссуротомия.
Приобретенные ревматические пороки сердца
Второй по частоте порок (6–7%) — недостаточность митрального клапана. Как правило, в этом случае при отсутствии выраженной регургитации, нарушений сердечного ритма и недостаточности кровообращения беременность заметно не ухудшает течение заболевания сердца.
Пролапс митрального клапана. Частота пролапса митрального клапана в общей популяции составляет 3,4–12,0%. Доля пролапса митрального клапана в структуре врожденных заболеваний сердца у беременных составляет около 60%. Изменение гемодинамики при пролапсе митрального клапана связано с нарушением замыкательной функции клапана и митральной регургитацией. Причинами пролабирования створок митрального клапана являются понижение эластичности ткани, нарушение тканевой структуры створок с образованием выпячиваний, то есть неполноценность соединительнотканных структур.
Клиническая картина весьма многообразна и, как правило, возникает при пролабировании более 12 мм и наличии митральной регургитации II–III степени. Выделяют четыре больших синдрома: вегетативной дистонии, сосудистых нарушений, геморрагический и психопатологический. Тяжелые осложнения возникают редко. К ним относят развитие сердечной недостаточности, нарушения сердечного ритма (в том числе мерцательную аритмию), разрыв сухожильных хорд, присоединение инфекционного эндокардита, тромбоэмболии (из-за отрыва тромба с миксоматозно измененных митральных створок). Тактика ведения беременности и родов при пролапсе митрального клапана такая же, как и при физиологической беременности. Резко выраженное пролабирование створок с большой амплитудой прогибания во время беременности протекает без существенной динамики. Вопрос о прерывании беременности до 12 нед решают в зависимости от выраженности порока и функционального состояния системы кровообращения.
Некоторые источники указывают на то, что при пороке митрального клапана чаще развивается ПЭ, наблюдается несвоевременное излитие околоплодных вод, роды бывают стремительными, однако чаще наблюдается слабость родовой деятельности, у новорожденных может диагностироваться асфиксия. Все это следует учитывать при ведении беременных с пороком митрального клапана.
:
Показания для прерывания беременности

- ;

пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса

- ;

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения IIБ, III степени

- ;

пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией

- ;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом

- ;

пороки сердца с нарушениями ритма сердца: мерцательная аритмия, частые приступы пароксизмальной тахикардии, полная атриовентрикулярная блокада

- ;

пороки сердца с ТЭО во время беременности или в анамнезе, а также при наличии тромба в полостях сердца

- ;

пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией

- ();

пороки сердца с наличием патологического сброса крови дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения IIБ, III степени, легочной гипертензией II–IV степени, осложненные бактериальным эндокардитом

- ()();

пороки сердца с затрудненным выбросом крови из левого желудочка стеноз аорты, коарктация аорты или из правого желудочка стеноз легочной артерии

- ();

наличие постстенотического расширения аневризма аорты или легочной артерии

- ;

врожденные аномалии атриовентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией III–IV степени и сложными нарушениями ритма

- ;

дилатационная кардиомиопатия, рестриктивная кардиомиопатия

-

гипертрофическая кардиомиопатия с выраженной обструкцией выводного тракта левого, правого или обоих желудочков;

- ;

гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выводного тракта левого желудочка со сложными нарушениями сердечного ритма

- ;

некорригированная после операций тетрада Фалло

- ;

некорригированная после операций пентада Фалло

- ;

некорригированная аномалия Эбштайна

- ();

сложные ВПС транспозиция магистральных сосудов, полная форма атриовентрикулярной коммуникации, общий артериальный ствол, единственный желудочек сердца, атрезия атриовентрикулярных или полулунных клапанов

- ;

изолированный склероз легочных артерий с легочной гипертензией

- ;

острые и подострые формы миокардита любой этиологии

- ;

хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения IIБ и III степени, сложными и стойкими нарушениями ритма — мерцательной аритмией, частыми приступами пароксизмальной тахикардии, полной атриовентрикулярной блокадой

- ;

инфаркт миокарда во время беременности или в анамнезе при наличии недостаточности кровообращения и нарушений ритма

- ;

острые и подострые формы бактериального эндокардита

- :;

перикардит острые, подострые и хирургические формы, констриктивный перикардит

-

мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия с частыми приступами;

- ;

синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта с частыми приступами аритмии

- ;

полная атриовентрикулярная блокада с частыми приступами и ЧСС менее 40 в минуту

- ();

состояние после перенесенных кардиохирургических вмешательств после митральной комиссуротомии и травматической недостаточности митрального клапана, рестенозе, легочной гипертензии, активном ревматизме

- [()];

после протезирования искусственными или биологическими трансплантатами, при ревматических или ВПС одного клапана сердца с признаками нарушения функции протеза, при многоклапанном протезировании, после паллиативной неполной коррекции ВПС, после хирургической коррекции ВПС с остаточными признаками легочной гипертензии, после хирургической коррекции любого порока сердца, выполненной с неудовлетворительным результатом

- ();

аневризма аорты в любом отделе грудном, брюшном, в том числе после реконструктивных операций — шунтирования, протезирования

- (.);

аневризмы магистральных артерий мозговых, почечных, подвздошных, селезеночной и др, в том числе после хирургического лечения

- (

тромбоэмболическая болезнь и ТЭО системные эмболии артерий головного мозга, рук, ног, почек, мезентериальных сосудов, а также ветвей легочной артерии);

- ()

гипертоническая болезнь при осложненном течении во время беременности гипертоническая болезнь IIB–III стадии, при отсутствии эффекта от адекватно проводимой терапии.

Беременные с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, на сроке до 10–12 нед беременности обследуются амбулаторно.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Консилиум врачей в составе кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга и акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования делает заключение о тяжести состояния женщины и предоставляет ей информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах лечения для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

Болезни сердечно-сосудистой системы, при которых пациенты подлежат госпитализации в отделения сердечно-сосудистой хирургии или кардиологии:

- ;

пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса

- ;

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения

- ;

ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II степени тяжести и более
- ;

все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией
- ;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом
- ;

пороки сердца с нарушениями сердечного ритма
- ;

пороки сердца с ТЭО
- ;

пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией
- ;

пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения
- ();

пороки сердца с наличием патологического сброса крови дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток
- ;

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения
- ;

пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией
- ();

пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения или наличием постстенотического расширения
- ;

врожденные аномалии атриовентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II степени и более и/или нарушениями сердечного ритма
- ;

кардиомиопатии
- ;

тетрада Фалло
- ;

болезнь Эбштайна
- ;

сложные ВПС
- ;

синдром Эйзенменгера
- ;

болезнь Аэрза
- ;

острые и подострые формы миокардита
- ;

хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения или сложными нарушениями сердечного ритма
- ;

инфаркт миокарда в анамнезе
- ;

острые и подострые формы бактериального эндокардита
- ;

острые и подострые формы перикардита
- ();

нарушения ритма сердца сложные формы нарушения сердечного ритма
- .

состояния после операций на сердце

Второй раз таких беременных направляют на обследование (амбулаторное или стационарное) для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения ВПР плода и оценки состояния плода в профильное учреждение при сроке беременности 18–22 нед.

Третий раз аналогичное консультирование проводят при сроке беременности 27–32 нед и определяют предполагаемый срок родоразрешения, при необходимости принимают решение о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

При сроке беременности 35–37 нед женщины направляются в специализированный стационар для родоразрешения. Беременные, нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной абляции), направляются для родоразрешения в медицинские организации, имеющие в своем составе отделение сердечно-сосудистой хирургии и родильное отделение.

Способ и срок родоразрешения определяются консилиумом врачей в составе кардиолога (сердечно-сосудистого хирурга), акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и состоянием плода. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии, для дальнейшего лечения и реабилитации родильница переводится в кардиологическое отделение.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Беременность при заболеваниях почек

Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных болезни почек и мочевыводящих путей занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и представляют опасность как для матери, так и для плода.

Беременность предрасполагает к заболеванию почек вследствие нарушения уродинамики и кровообращения в почках, обусловленного изменениями топографо-анатомических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки; ослабления связочного аппарата почек, способствующего патологической подвижности почек; увеличения частоты пузырно-маточного рефлюкса; изменений концентрации и соотношения гормонов-эстрогенов и прогестерона, приводящих к уменьшению пассажа мочи.

КР «Инфекция мочевых путей при беременности» (2021).

— симптомные или бессимптомные заболевания мочевых путей инфекционной природы во время беременности. Это острый неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, характеризующийся одновременным или последовательным поражением мочевого пузыря, мочеточников, чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек (преимущественно интерстициальная ткань).

Инфекция мочевых путей (ИМП) при беременности

— патологическое состояние, развивающееся в результате непосредственного острого воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, продолжающееся до 7 сут и характеризующееся быстрым развитием признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности.

Острое повреждение почек

— неспецифический воспалительный процесс верхних мочевых путей с преимущественным поражением тубулоинтерстиция почки, чаще всего бактериальной этиологии.

Пиелонефрит

ББ — дискутируемый диагноз в силу доказанности отсутствия стерильных локусов в организме.

ББ в традиционных представлениях — обнаружение бактерий в диагностически значимом титре в двух последовательных микробиологических (культуральных) исследованиях средней порции мочи (с разницей не более 14 дней), полученной при мочеиспускании, в отсутствии клинических симптомов.

Основной предпосылкой для развития ИМП при беременности является прогестерон-индуцированное изменение уродинамики.

Патогенез ИМП начинается с колонизации влагалища или мочеиспускательного канала уропатогенами фекальной флоры с последующим попаданием через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь. Релаксация гладкой мускулатуры и последующая дилатация мочеточников

и чашечно-лоханочного комплекса под влиянием прогестерона способствуют увеличению стаза мочи и проникновению бактерий из мочевого пузыря в почки, что приводит к развитию пиелонефрита. По мере увеличения срока беременности возрастает давление беременной матки, приводящей к элонгации и латеропозиции мочеточников. Негативный эффект усиливается в условиях иммуносупрессии беременности. Подобным образом реализуется восходящий путь инфицирования (преобладающий). Гематогенный путь инфицирования возникает при бактериемии и непосредственном попадании бактерий с током крови в почки. Возможно, некоторые случаи пиелонефрита связаны с попаданием бактерий из лимфатической системы.
В послеродовом периоде риск развития пиелонефрита остается высоким, особенно в течение первых 2–3 нед после родов (пока сохраняется дилатация верхних мочевых путей). Помимо вышеперечисленных причинными факторами являются активизация патогенной или условно-патогенной микрофлоры на фоне снижения иммунитета; гормональные изменения, связанные с лактацией; ранее перенесенный ББ.
Как и среди небеременных, является наиболее частым возбудителем мочевой инфекции у беременных (75–95%). К другим возбудителям относятся: и (по 3%), (2%) и грамположительные микроорганизмы, включая стрептококки группы В (10%). Возбудителями пиелонефрита могут также быть , и , стафилококки и грибы. Стафилококки попадают в почку, как правило, гематогенным путем, являются возбудителем гнойно-воспалительных форм пиелонефрита (карбункул, абсцесс почки) даже в отсутствие нарушения уродинамики, чаще всего у больных СД при наличии очага гнойной инфекции в организме (инфицированная рана, фурункул, кариозный зуб).
Escherichia coliKlebsiella spp.Enterobacter spp.ProteusPseudomonas aeruginosaSerratia spp.Providencia spp.
ИМП — частое осложнение беременности. Бактериурия возникает с одинаковой частотой при беременности и вне ее (2–7%), но частота рецидивирующей бактериурии и пиелонефрита выше у беременных.
ББ чаще диагностируется в I триместре (до 75% случаев) и реже — в II и III триместрах беременности (в 25%). К факторам риска бактериурии относятся анамнез мочевой инфекции, СД, низкий социально-экономический статус. Без лечения у 30–40% беременных с ББ развивается симптоматическая инфекция, в том числе пиелонефрит. Острый цистит возникает у 1–2% беременных. Заболеваемость острым пиелонефритом составляет 15–39 пациентов на 10 000 человек. Частота осложненного острого пиелонефрита достигает 35%. Заболеваемость острым пиелонефритом выше у молодых женщин; частота рецидива в течение 1 года достигает 10%.
Частота острого пиелонефрита у беременных составляет 1–2%. Большинство случаев пиелонефрита возникают в II и III триместре беременности, когда стаз мочи и гидронефротическая трансформация почек значительно выражены. Помимо бактериурии, факторами риска пиелонефрита являются молодой возраст (<20 лет), первая беременность, курение. В случае эрадикации бактериурии риск пиелонефрита снижается на 70–80%.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

В МКБ-10 выделяют:

- O23 Инфекция мочеполовых путей при беременности;
- O23.0 Инфекция почек при беременности;
- O23.1 Инфекция мочевого пузыря при беременности;
- O23.2 Инфекция уретры при беременности;
- O23.3 Инфекция других отделов мочевых путей при беременности;
- O23.4 Инфекция мочевых путей при беременности неуточненная;
- O23.9 Другая и неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности;
- O86.2 Инфекция мочевых путей после родов;
- O86.3 Другие инфекции мочеполовых путей после родов.

Цистит
Воспалительные процессы в мочевом пузыре женщин как правило, сочетаются с таковыми в половых органах. Причиной этого отчасти можно считать дефлорационные циститы, имеющие место у 52% страдающих этим заболеванием женщин (Научно-исследовательский институт урологии МЗ РФ, 2014).
:
Цистит

- острый неосложненный — учащенное мочеиспускание, ургентность мочеиспускания, дизурия;
- острый осложненный — учащенное мочеиспускание, ургентность мочеиспускания, дизурия, лихорадка и тазовая боль;
- хронический рецидивирующий — три эпизода цистита за последние 12 мес или два эпизода за последние 6 мес;
- первичный цистит — возникающий в отсутствие нарушений пассажа мочи у женщин репродуктивного возраста без сопутствующих заболеваний мочевой системы;
- вторичный цистит — возникающий на фоне нарушения уродинамики как осложнение другого заболевания: туберкулеза, камня, опухоли мочевого пузыря.

По характеру морфологических изменений:

- катаральный;
- язвенно-фибринозный;
- геморрагический;
- гангренозный;
- интерстициальный.

. Цистит является симптоматической инфекцией мочевого пузыря. Типичные симптомы при беременности такие же, как и вне ее и включают внезапное начало дизурии и частые позывы на мочеиспускание. Иногда отмечается субфебрильная температура тела. Лихорадка и озноб для цистита нехарактерны. Наличие лихорадки и озноба, болей в боку может указывать на пиелонефрит.
Клиническая картина
КР «Инфекция мочевых путей при беременности» (2021).
Лечение цистита проводит уролог, при необходимости совместно с гинекологом, санирующим половые органы женщины.
Санация мочевых путей до 20-й недели беременности снижает частоту ПР, досрочного излития вод, хориоамнионитов.
— наиболее частое заболевание при беременности (от 6 до 12%).
Пиелонефрит
Для беременных с хроническим пиелонефритом и инфекцией мочевыводящих путей характерен отягощенный акушерский анамнез, что обусловливает необходимость выделения их в группу высокого риска по внутриутробному инфицированию, невынашиванию, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности.
Пиелонефрит чаще развивается у первобеременных в связи с недостаточностью адаптационных механизмов, присущих организму женщины в это время.
Острый пиелонефрит развивается у 20–40% беременных с ББ, что позволяет рассматривать ее также в качестве фактора риска развития гестационного пиелонефрита.
Патогенез осложнений беременности при пиелонефрите возникает вследствие хронической интоксикации и гемодинамических нарушений, приводящих к нарушению гестации. Пиелонефрит в большинстве случаев также сопровождается анемией, которая может осложнять течение беременности, родов и послеродового периода. Пиелонефрит приводит к увеличению частоты развития ПЭ, ПР, хронической плацентарной недостаточности и гипотрофии плода, повышается риск инфекционно-септических осложнений у матери и плода.
На фоне заболевания почек развиваются множественные нарушения в иммунной системе и системе гемостаза, гиперпродукция катехоламинов, вазопрессина, ренин-ангиотензин-альдостерона, снижение синтеза простагландинов класса Е и кининов. На характер гемодинамики влияют сниженный объем циркулирующей крови, гидремия, тканевые отеки. Резистентность сосудов снижена, а их проницаемость для белка, воды, электролитов повышена. Сосудистые нарушения проявляются изменениями на глазном дне.
В периферических капиллярах — спазм артериальных и расширение венозных браншей. Интоксикация, анемия ухудшают сократительную способность сердца. Может развиться левожелудочковая недостаточность сердца и отек легких.
().
Гестационный пиелонефрит нередко способствует поражению печени и органов пищеварения гастроренальный синдром В патогенезе этих изменений играют роль сосудистые и трофические нарушения слизистой оболочки пищеварительного канала, изменение белкового, водно-электролитного и кислотно-основного состояния, гиперальдостеронизм, расстройство иммунитета.
Таким образом, при гестационном пиелонефрите возникает системность поражения органов, поэтому присоединение такого иммунокомплексного осложнения, как ПЭ, вызывает тяжелые полиорганные нарушения, которые нередко приводят к летальному исходу.
: острый, хронический.
Пиелонефрит
:
По условиям возникновения

- () — пиелонефрит интактной почки (без аномалий развития и видимых нарушений уродинамики верхних мочевых путей);

первичный острый пиелонефрит неосложненный

- () — пиелонефрит, возникающий на фоне заболеваний, нарушающих пассаж мочи: аномалий развития почек и мочевыводящих путей, мочекаменной болезни, стриктур мочеточника различной этиологии.

вторичный острый пиелонефрит осложненный

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

: процесс может быть одно- или двусторонним.

По локализации

:

Стадии острого пиелонефрита

- серозное воспаление,
- гнойное воспаление (апостематозный пиелонефрит, карбункул почки, абсцесс почки).

При развернутой клинической картине острого пиелонефрита отмечают повышение температуры тела >38 °С (иногда с ознобом), лихорадку, болезненность при пальпации в области почки с пораженной стороны, положительный симптом поколачивания с пораженной стороны. Выраженность симптомов может варьировать от умеренной болезненности в поясничной области и субфебрильной температуры до гектической лихорадки и резкой болезненности при пальпации в области почки (при гнойном пиелонефрите).

Беременные с пиелонефритом имеют повышенный риск острого почечного повреждения, клиническим симптомом которого является олигурия и/или анурия (уменьшение суточного диуреза менее 5 мл/кг массы тела). Отсутствие своевременной диагностики и коррекции олигурии и/или анурии обусловливает развитие уремии (КР «Инфекция мочевых путей при беременности», 2021).

Критический срок для обострения заболевания — II триместр беременности (22–28 нед), для формирования акушерских (угроза прерывания беременности, ПЭ) и перинатальных (гипоксия и гипотрофия плода) осложнений — 21–30 нед.

Факторы риска развития гестационного пиелонефрита:

- ;

предшествующие инфекции мочевыводящих путей

- ;

пороки развития почек и мочевых путей

- ;

мочекаменная болезнь

- ;

воспалительные заболевания женских половых органов

- ;

низкий уровень жизни

- ;

низкий социально-экономический статус

- ;

СД

- ().

нарушения уродинамики, обусловленные беременностью дилатация и гипокинезия внутриполостной системы почек, мочеточников на фоне метаболических изменений, нарушения пассажа мочи беременной маткой

При развитии острого пиелонефрита у беременных может преобладать интоксикационный синдром, который затрудняет диагностику, что приводит к позднему установлению диагноза и задержке госпитализации беременной в специализированный урологический или акушерский стационар.

. КР «Инфекция мочевых путей при беременности» (2021).

Диагностика

. Диагноз ИМП у беременных ставится при наличии любых симптомов ИМП и/или обнаружении лейкоцитурии и/или бактериального роста в культуре мочи.

Критерии диагноза

Для верификации диагноза мочевой инфекции у беременных при сборе анамнеза уточнить наличие: очагов хронической инфекции; аномалий почек и мочевыводящих путей; болезней, способных вызвать нарушение пассажа мочи из почек; нарушений углеводного обмена и степень их коррекции; иммунодефицита, возникшего вследствие какого-либо заболевания или индуцированного лекарственными препаратами. При наличии у пациентки заболеваний, нарушающих пассаж мочи по верхним мочевым путям (конкременты почек, мочеточников, стриктуры мочеточников), следует выполнить дренирование мочевых путей, устранив обструкцию методом стентирования мочевых путей, чрескожной пункционной нефростомии.

У всех беременных необходимо выявление дизурии и других жалоб со стороны мочевыводящих путей для установления диагноза ИМП. Развитие дизурии — учащенного болезненного мочеиспускания различной степени выраженности — основная жалоба при цистите. Другими жалобами при остром цистите являются боль над лоном, учащенное мочеиспускание, мочеиспускание малыми порциями, повелительные позывы к мочеиспусканию, наличие крови в моче. Лихорадка и озноб при цистите отсутствуют. Наличие лихорадки и озноба, болей в боку, должно вызывать подозрение на пиелонефрит.

У беременных с симптомами острого пиелонефрита перед назначением антибактериальной терапии проводится сбор анамнеза с указанием информации о перенесенных воспалительных заболеваниях инфекционной этиологии, приеме антибактериальных препаратов и их эффективности, уточняется срок беременности и особенности ее течения с целью оптимизации лечения. Данные о ранее примененных антибактериальных препаратах системного действия могут помочь в назначении эмпирической антибактериальной терапии. Назначение безопасного медикаментозного лечения беременным напрямую связано со сроком беременности.

Пальпируется область проекции почек для выявления болезненности и напряжения мышц в костовертебральном углу беременным с жалобами на резь при мочеиспускании, боль и/или учащенное мочеиспускание, макрогематурию, надлобковую боль или болезненность костовертебрального угла.

Контролируется диурез для выявления олигурии и/или анурии у беременных с подозрением на инфекцию верхних мочевых путей вне зависимости от наличия лихорадки с целью своевременной диагностики острого почечного повреждения. Олигурия и/или анурия — один из ранних критериев острого почечного повреждения при беременности с высокой степенью материнской летальности (до 14%), увеличением продолжительности стационарного лечения и повышения его стоимости.

Своевременная диагностика олигурии (уменьшение суточного диуреза менее 5 мл/кг массы тела) или анурии (<100 мл мочи/сутки) при пиелонефрите предотвращает нарушения водно-электролитного баланса и развивающиеся на их фоне симптомы уремии.

беременным с подозрением на ИМП выполнить общий (клинический) анализ мочи, который позволяет выявить увеличение количества лейкоцитов и бактерий; микробиологическое (культуральное) исследование мочи для выявления возбудителя.

Рекомендовано

В клинической практике, как правило, диагноз ИМП ставится на основании однократного обнаружения бактериурии не более двух видов бактерий, один из которых ≥10 КОЕ/мл в средней порции мочи без контрольного микробиологического исследования. ББ диагностируется путем выявления роста бактерий не более двух видов, один из которых ≥10 КОЕ/мл в двух последовательных порциях мочи с выделением одних и тех же видов бактерий при повторном исследовании.

55

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

ББ, вызванная стрептококком группы В, диагностируется путем выявления возбудителя ≥10 КОЕ/мл.

4

При остром пиелонефрите рекомендована оценка объема мочи и исследование уровня креатинина в крови. Ранняя диагностика острого повреждения почек основана на оценке уровня креатинина в крови и объема мочи. Оценка объема мочи осуществляется с помощью измерения суточного диуреза, в норме суточный диурез должен составлять более 500–800 мл. Исследование уровня креатинина в крови относится к малочувствительным методам определения ранней стадии острого повреждения почек в связи с тем, что нарастание уровня креатинина происходит тогда, когда глобальная функциональная способность почек уменьшается примерно вдвое. Кроме того, в связи с особенностями кинетики креатинина рост его концентрации существенно (более чем на 1 сут) запаздывает вслед за внезапным снижением

скорости клубочковой фильтрации. Наиболее медленный рост уровня креатинина происходит у пациентов с исходно сниженной функцией почек. В связи с этим в ходе наблюдения и лечения беременной с пиелонефритом помимо оценки объема выделяемой мочи необходимо повторить исследование уровня креатинина в крови.
Беременным с острым вторичным пиелонефритом при выполнении чрескожной пункционной нефростомии рекомендован забор мочи из лоханки для микробиологического (культурального) исследования на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, определения чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам системного действия с целью выбора адекватной медикаментозной терапии.
Беременным с острым пиелонефритом выполняется общий (клинический) анализ крови и биохимический (общетерапевтический) анализ крови для уточнения активности воспалительного процесса и функционального состояния почек.
Беременным с острым пиелонефритом при наличии в анамнезе указаний на хроническую болезнь почек рекомендовано исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) для оценки фильтрационной функции почек.
Беременным с острым пиелонефритом на этапе лечения рекомендован повторный общий (клинический) анализ крови и общий (клинический) анализ мочи не позднее 48–72 ч от момента начала лечения антибактериальными препаратами для оценки эффективности назначенной эмпирической стартовой терапии.
По окончании курса лечения рекомендовано микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы для подтверждения эффективности антибактериальной терапии.
Контрольное исследование следует выполнять через 1–2 нед после окончания курса антибактериальной терапии.
Беременным с острым пиелонефритом рекомендовано УЗИ почек с целью исключения обструкции верхних мочевыводящих путей и наличия в них конкрементов.
Выполнение УЗИ почек позволяет выявить деструктивные изменения паренхимы почки, а также предположить наличие обструкции при четко визуализируемом конкременте с эхо-негативной дорожкой в проекции верхней трети мочеточника и ниже.
Беременным с пиелонефритом при подозрении на деструктивный процесс в паренхиме почек рекомендована МРТ почек при невозможности уточнения диагноза по данным УЗИ.
Эффективность терапии при остром пиелонефрите оценивается через 48–72 ч от начала лечения. При отсутствии положительной клинико-лабораторной динамики беременным с острым пиелонефритом рекомендовано повторное УЗИ почек или МРТ почек (по возможности) с целью выявления осложняющих факторов и уточнения анатомо-функционального состояния почек.
Беременным пациенткам с осложнениями ИМП с целью своевременной коррекции нарушений уродинамики рекомендована консультация врача-уролога.
У беременных с заболеваниями почек проводят дополнительные исследования:

- ();

общий клинический анализ мочи

- ();

микробиологическое культуральное исследование мочи

- ;

пробу Реберга, скорость клубочковой фильтрации

- ();

биохимический анализ крови общий белок, мочевина, мочевая кислота, креатинин

- ;

контроль АД, диуреза

- ;

УЗИ почек и мочевыводящих путей

- ;

МРТ почек

-

консультацию у врача-уролога.

заключаются в увеличении пассажа мочи, ликвидации ее застоя, интенсивном выведении микробов и их токсинов и санации мочевыводящих путей.
Принципы лечения
КР «Инфекция мочевых путей при беременности» (2021).
. При мочевой инфекции и восстановленном пассаже мочи беременным с ИМП рекомендован прием достаточного количества жидкости под контролем диуреза, а также режим частого мочеиспускания (опорожнение мочевого пузыря каждые 3 ч) для снижения частоты рецидивов. Объем выпиваемой жидкости должен составлять 2000–2500 мл/сут.
Немедикаментозные методы лечения
. Беременным с ИМП рекомендовано назначение антибактериальной терапии с учетом чувствительности микроорганизмов к антибактериальному препарату.
Медикаментозные методы лечения
У беременных наиболее часто ИМП вызывает . Максимальную активность (98,1%) из пероральных препаратов продемонстрировали фосфомицин (порошок или гранулы для приготовления раствора для приема внутрь) и нитрофурантоин (100 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней). Чувствительность кишечной палочки к пероральным цефалоспоринам третьего поколения (цефиксим) составляет >90%, данная группа также относится к препаратам выбора в эмпирической терапии ИМП. Среди внебольничных ИМП чувствительность для российской популяции к амоксициллину + клавулановой кислоте и ампициллину составляет 68,2 и 49,8% соответственно, поэтому указанные препараты могут применяться при установленной чувствительности. Выбор антимикробного агента также должен учитывать безопасность во время беременности (включая триместр беременности).
E. coliEscherichia coli
Рекомендовано парентеральное введение антибактериальных препаратов системного действия беременным с ИМП при лихорадке, невозможности перорального приема лекарственных средств, неэффективности предшествующей терапии, наличии факторов риска множественной лекарственной устойчивости возбудителя (недавно проводимая антибактериальная терапия, предшествующая госпитализация, сопутствующие заболевания) для улучшения эффекта лечения и предотвращения рецидивов.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

К препаратам для внутривенного введения при мочевой инфекции у беременных относятся фосфомицин (порошок для приготовления раствора для внутривенного введения), цефалоспорины III (цефотаксим, цефтазидим) и IV поколения (цефепим), а также цефалоспорины в комбинации с другими препаратами. По данным Российского многоцентрового эпидемиологического исследования, чувствительность к парентеральным цефалоспоринам составила более 90%, к цефепиму — 92,7%, цефотаксиму — 92,7%, цефтазидиму — 92,7%, в отношении всех активен фосфомицин (95,9%).
E. coliEnterobacterales
Беременным со стойкой ББ и положительным результатом микробиологического (культурального) исследования мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы после терапии (рост бактерий того же вида ≥10 КОЕ/мл) рекомендован повторный курс антибактериальной терапии на 7 дней (с учетом данных о чувствительности микроорганизма) с целью эрадикации возбудителя.
5
Беременным с сохраняющейся бактериурией после двух или более курсов терапии рекомендована пролонгированная антибиотикотерапия в течение беременности для подавления инфекции и профилактики рецидивов.
Пролонгированная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микроорганизмов в микробиологическом (культуральном) исследовании мочи рекомендована до 37-й нед беременности.
Лечение пиелонефрита проводится совместно с урологом в условиях стационара в соответствии с КР «Инфекция мочевых путей при беременности» (2021).
Показания для плановой госпитализации в стационар:

- коррекция всех анатомических и функциональных нарушений мочевыводящих путей;
- удаление дренажей и катетеров в мочевыводящих путях;
- лечение сопутствующих заболеваний (СД, почечная недостаточность).

Показания для экстренной госпитализации в стационар:

- наличие осложняющих факторов в анамнезе (мочекаменная болезнь, СД, нарушения уродинамики мочевыводящих путей, наличие дренажей и катетеров в мочевыводящих путях);
- тяжелое состояние пациентки (лихорадка с ознобом, рвота, тахикардия, одышка).

Показания к выписке пациентки из стационара:

- нормализация температуры;
- нормализация клинического анализа крови (отсутствие лейкоцитоза, лимфопении, уменьшение скорости оседания эритроцитов);
- снижение степени выраженности лейкоцитурии;
- отсутствие нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей.

. Практика такова, что беременных с хроническим пиелонефритом без нарушения функции или с инфекцией мочевыводящих путей вне обострения госпитализируют в учреждения второго уровня. При заболеваниях почек, сопровождающихся почечной недостаточностью или АГ, с врожденными аномалиями развития мочевыводящих путей, после нефрэктомии — в учреждения третьего уровня.

Маршрутизация

В комплексной терапии ИМП у беременных также широко применяются растительные лекарственные препараты (уросептики). Основным их преимуществом является безопасность для плода и низкий риск развития побочных эффектов у матери. Одним из наиболее изученных фитоуросептиков является препарат на основе травы золототысячника, корня любистока и листьев розмарина ( ). Препарат может быть назначен дополнительно к традиционной терапии при рецидивирующем цистите, гестационном и обострении хронического пиелонефрита. Стандартный курс терапии — 2–4 нед. Данный лекарственный препарат также подходит для длительного курсового применения в целях профилактики рецидивов ИМП и терапии бессимптомной бактериурии у беременных.

Альтернативные методы лечения.Канефрон Н♠

. Беременным с ИМП и обструкцией верхних мочевыводящих путей с целью восстановления пассажа мочи рекомендовано экстренное дренирование почки: установка мочеточникового стента. Данная манипуляция необходима в качестве неотложной помощи с целью восстановления пассажа мочи или как одно из основных лечебных мероприятий при крайне тяжелом общем состоянии больной и невозможности оперативного лечения.

Хирургические методы лечения

При невозможности установки мочеточникового стента беременным с острым вторичным пиелонефритом с целью восстановления пассажа мочи рекомендована чрескожная пункционная нефростомия.

Беременным с острым пиелонефритом в стадии гнойного воспаления, в случае невозможности дренирования почки малоинвазивными методами независимо от причины, отрицательной динамики на фоне адекватной антибактериальной терапии и функционирующей нефростомы рекомендовано открытое оперативное лечение для радикального устранения источника инфекции.

При выполнении открытой операции беременным с острым пиелонефритом для восстановления пассажа мочи рекомендовано при возможности удаление конкрементов из почки и верхней трети мочеточника.

Беременным при наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы, признаков тромбоза почечных сосудов, множественных сливных карбункулах почки, гнойного пиелонефрита нефункционирующей почки, гнойного пиелонефрита, интоксикации, токсического шока, эмфизематозном пиелонефрите при отсутствии эффекта от проводимой терапии для предотвращения развития осложнения рекомендована нефрэктомия.

В I триместре беременность сопровождается угрозой прерывания, в II и III триместрах — ФПН, ЗРП и хронической гипоксией плода.

В III триместре проводят лечение ПЭ, в основе — осмотерапия. При угрозе ПР применяется токолитическая терапия.

. Профилактика гестационного пиелонефрита направлена на раннее выявление ББ, нарушений уродинамики, начальных признаков заболевания. Посев мочи проводят всем беременным при первом обращении (КР «Нормальная беременность», 2020). Повторное обследование у женщин с низким риском ИМП, у которых не было бактериурии в первом тесте, обычно не проводится. Целесообразно повторно обследовать женщин с высоким риском инфицирования (например, наличие ИМП в анамнезе или наличие аномалий мочевыводящих путей, СД и т.д.).

Профилактика

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

беременным пациенткам лечение ББ с целью профилактики мочевой инфекции. Следует помнить, что у 20–40% женщин, страдающих ББ, в последующем может развиться острый пиелонефрит во время беременности.

Рекомендовано

Пациенткам с диагностированной во время данной беременности ББ, вызванной стрептококком группы В, проводится антибиотикопрофилактика в родах, даже в случаях пролеченной бактериурии и наличия контрольного отрицательного посева мочи для профилактики раннего начала неонатальной стрептококковой инфекции группы В.

Лечение ББ, вызванной стрептококком группы В, не приводит к долговременной эрадикации микроорганизма, и новорожденные имеют высокий риск ранней реализации заболеваемости, связанной со стрептококковой инфекцией группы В. С целью своевременной диагностики рецидива острого пиелонефрита проводится микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены у беременных через 1–2 нед после лечения ББ.

местное антибактериальное лечение ББ у беременных с целью профилактики мочевой инфекции.

Рекомендовано

у беременных встречается с частотой от 0,1 до 9,0%. Это инфекционно-аллергическое заболевание, приводящее к иммунокомплексному поражению клубочков почек. Возбудитель — β-гемолитический стрептококк. В ранние сроки беременности необходимо обследование и решение вопроса о возможности ее сохранения. Острый гломерулонефрит, а также хронический гломерулонефрит в стадии обострения и сопровождающийся нефротическим синдромом, резистентной к терапии АГ или нарушением функции почек (креатинин крови ≥200 мкмоль/л) является показанием к прерыванию беременности. После перенесенного острого гломерулонефрита беременность возможна не ранее чем через 3 года — 5 лет.

Гломерулонефрит

Гломерулонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и особенно на состояние плода. ПЭ развивается почти у половины больных гломерулонефритом. Это осложнение беременности часто возникает раньше обычных сроков (28 нед). ПЭ, так же как и другие осложнения (ПР, незрелость плода), находится в прямой зависимости от того, протекает ли гломерулонефрит с повышенным или с нормальным АД. У больных с нормальным АД акушерские осложнения и потери плода и новорожденного встречаются в 4–10 раз реже, чем у больных с гипертензией. Нарушенное при гломерулонефрите маточно-плацентарное кровообращение приводит к ЗРП.

Таким образом, частые осложнения беременности при гломерулонефрите — ПЭ, ФПН, нарушение свертывающей системы крови у женщины, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, анемии беременных.

Ведение и лечение женщин с гломерулонефритом проводят . Кроме первичной госпитализации в ранние сроки беременности, показано стационарное лечение в любые ее сроки при ухудшении общего состояния, признаках угрозы прерывания беременности, ПЭ, гипоксии и гипотрофии плода.

совместно акушер-гинеколог и нефролог

При сроке беременности 36–37 нед необходима плановая госпитализация в отделение патологии беременных для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения. Показаниями для досрочного родоразрешения служат обострение хронического гломерулонефрита, сопровождающееся нарушением функции почек (уменьшение суточного диуреза, клубочковой фильтрации, почечного кровотока, нарушение белкового обмена, нарастание азотемии, повышение АД, присоединение тяжелой ПЭ, отсутствие эффекта от проводимого лечения).

. Клиническая картина характеризуется классической триадой — боль, гематурия, отхождение конкрементов. Приступ возникает внезапно — отмечается боль в пояснице с иррадиацией в паховые области, половые губы, ногу, эпигастрий. У беременных чаще возникает правосторонняя колика. Симптом Пастернацкого положительный. Анализ крови в норме, в анализах мочи — эритроциты, лейкоциты, кристаллы солей. Приступ приводит к угрозе прерывания беременности, ПР. В некоторых случаях приходится проводить досрочное родоразрешение, если приступ не удается купировать.

Нефролитиаз

Оперативное лечение нефролитиаза в плановом порядке у беременных не проводят.

С целью купирования приступа почечной колики применяют следующие медикаментозные средства: 2% раствор тримеперидина — по 1,0 мл внутримышечно; 50% раствор метамизол натрия (Анальгин) — по 2,0 мл внутримышечно; метамизол натрия — по 5,0 мл; 2,5% раствор бенциклана — по 2,0 мл; 2% раствор дротаверина — по 2,0 мл.

♠

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта
Всех беременных с заболеваниями ЖКТ консультирует гастроэнтеролог (терапевт), и в дальнейшем он же осуществляет динамическое наблюдение (1–2 раза в месяц). По его же назначению проводятся все дополнительные методы исследования: анализ кала на скрытую кровь, УЗИ ЖКТ, эзофагогастродуоденоскопию и pH-метрию, исследование секреторной и моторной функции желудка. Медикаментозная терапия по лечению экстрагенитального заболевания проводится по назначению терапевта или гастроэнтеролога.
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
— воспалительное и/или невоспалительное поражение дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса желудочного и/или дуоденального содержимого с развитием характерных симптомов. Заболевание занимает 2–3-е место среди болезней органов пищеварения. У женщин встречается в 3–4 раза реже, чем у мужчин. Болезнь развивается впервые во время беременности в 21% случаев (чаще у многорожавших). У 5% беременных наблюдают симптоматический вариант болезни. К важным факторам развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни относят:
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

- нарушение моторики пищевода и желудка;
- изменение резистентности слизистой оболочки пищевода;
- агрессивность компонентов желудочного содержимого.

()
Во время беременности повышается внутрижелудочное давление, что наряду с другими механизмами заброса желудочного содержимого недостаточность кардии, аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы предрасполагает к желудочно-пищеводному рефлюксу. У беременных чаще развивается так называемый рефлюкс-эзофагит. Нарушений течения периода гестации при данном заболевании, как правило, не бывает.
Клинически гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у беременных проявляется изжогой (при физическом напряжении, наклонах, в положении лежа, после еды) и отрыжкой кислым содержимым. Изжога наблюдается чаще в II и III триместрах, обычно после употребления обильной жирной жареной и острой пищи. На фоне длительной изжоги возможно появление болей за грудиной, отрыжки воздухом, дисфагии. При формировании пептической стриктуры пищевода, как правило, возникает дисфагия (ощущение затруднения или препятствия прохождения пищи по пищеводу). Для постановки диагноза в преобладающем большинстве случаев достаточно клинических данных. Положительный «щелочной» тест (быстрое купирование изжоги в ответ на прием всасывающихся антацидов) косвенно свидетельствует о наличии рефлюкс-эзофагита.
Для уточнения причин изжоги по показаниям у беременных проводят эзофагогастродуоденоскопию и pH-метрию.
Обязательное условие успешного лечения — соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни и питания:

- ;

избегать положений, способствующих возникновению изжоги, при отсутствии противопоказаний рекомендуется сон с приподнятым головным концом кровати

- ;

избегать запоров, так как любое натуживание приводит к повышению внутрибрюшного давления, забросу кислого желудочного содержимого в пищевод и появлению изжоги

- *соблюдать строгую диету, питаться дробно, малыми порциями, без переедания.*

При терапии рефлюкс-эзофагита во время беременности допустимо применение растительного происхождения (отвары ольхи, ромашки, крахмал), гистамина. Хороший результат достигается при назначении вяжущих препаратов в комбинации с антацидами.
невсасывающихся антацидов, обволакивающих и вяжущих лекарственных средств прокинетиков, блокаторов Н2-рецепторов
.
Невсасывающиеся антациды реализуют свое действие посредством двух основных механизмов: они нейтрализуют и адсорбируют продуцируемую желудком соляную кислоту. К невсасывающимся антацидам относят кальция карбонат, магния гидроксид, магния карбонат Невсасывающиеся антациды обладают высокой эффективностью и слабой выраженностью побочных эффектов, поэтому их допустимо назначать беременным, не опасаясь подвергнуть мать и плод особому риску. Исключение составляют алюминийсодержащие антациды.
Для ликвидации сопутствующих дискинезий, нормализации тонуса ЖКТ в II–III триместре назначают метоклопрамид внутрь по 10 мг 2–3 раза в сутки 10–14 дней.
представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки (КР «Язвенная болезнь», взрослые, 2020).
ЯБ
ЯБ страдают 8–11% женщин.
ЯБ с локализацией в двенадцатиперстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем ЯБ с локализацией в желудке. Среди пациентов с дуоденальными язвами мужчины преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым (КР «Язвенная болезнь», взрослые, 2020).

- *Немедикаментозное лечение. Лечение комплексное и строго индивидуальное. Необходимо соблюдение режима, диеты, употребление минеральных вод.*
- *Медикаментозная терапия. Необходимо учитывать возможное вредное влияние лекарственных средств на состояние плода и тонус миометрия, поэтому медикаментозную терапию у беременных проводят только во время обострения заболевания, подтвержденного клинически и лабораторно-инструментальными методами. Она показана также при отсутствии эффекта от соблюдения режима питания, диеты, включения «пищевых» антацидов и при развитии осложнений.*

Согласно современным представлениям патогенез ЯБ в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Агрессивное звено язвообразования включает в себя увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное), гиперпродукцию гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотовыделения, повышение выработки пепсиногена и пепсина, нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка, обсеменение слизистой оболочки желудка микроорганизмами).
Helicobacter pylori

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки может возникнуть в результате снижения выработки и нарушения качественного состава желудочной слизи, уменьшения секреции бикарбонатов, снижения регенераторной активности эпителиальных клеток, ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка, уменьшения содержания простагландинов в стенке желудка (например, при приеме НПВП).
Решающая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам , обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными Б. Маршаллом (B. Marshall) и Дж. Уорреном (J. Warren).
H. pylori
Спектр неблагоприятного влияния на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки достаточно многообразен. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреазы, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. способствуют высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей, что вызывает развитие воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка.
H. pyloriH. pylori
Обсеменение слизистой оболочки желудка сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обусловливает появление в двенадцатиперстной кишке участков желудочной метаплазии (перестройка эпителия дуоденальной слизистой оболочки по желудочному типу), которые быстро заселяются . В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов [наследственная предрасположенность, 0(I) группа крови, курение, нервно-психические стрессы и др.] в участках метаплазированной слизистой оболочки формируется язвенный дефект. Ассоциированными с

оказываются около 80% язв двенадцатиперстной кишки и 60% язв желудка. -негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом НПВП (КР «Язвенная болезнь», взрослые, 2020).
H. pyloriH. pyloriH. pyloriH. pylori
Течение ЯБ при беременности в целом мало отличается от такового у небеременных женщин. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, анамнестических данных, результатов эзофагогастродуоденоскопии и УЗИ. Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки беременным противопоказано.
В диагностически неясных случаях, при подозрении на развитие осложнений (кровотечение, стеноз антрального отдела желудка, рак) эзофагогастродуоденоскопия в силу своей безопасности для плода допустима при любом сроке беременности. Для исключения оккультного кровотечения проводят исследование кала на скрытую кровь, общий (клинический) анализ крови.
Дифференциальный диагноз обострения ЯБ затруднен, его необходимо проводить с эрозивным гастродуоденитом, панкреатитом, заболеваниями желчевыводящих путей, острым аппендицитом и ранним токсикозом — рвотой. Стенозирующая язва антрального отдела желудка может симулировать чрезмерную рвоту беременных. Для раннего токсикоза характерны мучительная, почти постоянная тошнота, усиливающаяся на различные запахи, слюнотечение. При этом рвота бывает независимо от еды, особенно по утрам, боль в животе, как правило, отсутствует. Кровотечение, обусловленное ЯБ, необходимо дифференцировать с эрозивным гастритом, синдромом Маллори–Вейсса, кровотечением из дыхательных путей, раком желудка.
Беременность оказывает благоприятное влияние на течение ЯБ: у 75–80% женщин отмечается ремиссия заболевания, и оно не оказывает заметного влияния на ее исход. Однако у некоторых пациенток может произойти обострение. Чаще это наблюдается в I (14,8%), III (10,2%) триместрах беременности, за 2–4 нед до срока родов или раннем послеродовом периоде. Неосложненная ЯБ не оказывает отрицательного влияния на развитие плода.
Осложнения ЯБ, такие как перфорация или кровотечение, чрезвычайно опасны для жизни матери и будущего ребенка, если не распознаны вовремя. Частота осложнений, требующих хирургического лечения, у беременных составляет 1–4 на 10 000.
Лечение включает соблюдение общепринятых «режимных» мероприятий и диеты; прием в обычных терапевтических дозах невсасывающихся антацидов (например, коллоидного алюминия фосфата и адсорбентов в виде смектита диоктаэдрического). При отсутствии эффекта назначаются Н-блокаторы.
При выраженных болях, обусловленных моторными нарушениями, возможно назначение спазмолитиков (дротаверин по 40 мг 3–4 раза в день). Препараты висмута беременным противопоказаны. Эрадикационная терапия инфекции у беременных не проводится (КР «Язвенная болезнь», 2020).
H. pylori
Пациентки, страдающие ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, во время беременности должны находиться на диспансерном учете не только у акушера-гинеколога, но и у терапевта (желательно гастроэнтеролога).
Всем лицам с наличием инфекции при отсутствии противопоказаний рекомендуется эрадикационная терапия с целью профилактики ЯБ и ее обострений (КР «Язвенная болезнь», взрослые, 2020).
H. pylori
В этой связи крайне важна эрадикационная терапия на этапе планирования беременности.
Диспансерное наблюдение пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить ежегодно в течение 5 лет с момента последнего обострения (КР «Язвенная болезнь», взрослые, 2020).
— заболевание, характеризующееся образованием желчных камней в печени, желчных протоках или желчном пузыре (чаще). Хронический холецистит — хроническое рецидивирующее заболевание, связанное с наличием воспалительных изменений в стенке желчного пузыря. Хроническими заболеваниями желчевыводящих путей страдают 3% беременных. Бескаменный холецистит во время беременности встречают редко (0,3%) в связи с расслабляющим действием прогестерона на гладкую мускулатуру желчного пузыря и протоков. Частота холецистэктомии при беременности составляет около 0,1–0,3%.
Желчнокаменнаяболезнь

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Основной метод диагностики — УЗИ, клинический и биохимический анализы крови (исследуют общий и свободный билирубин, печеночные ферменты).
Рентгенологические методы исследования при беременности не применяют. Принципы немедикаментозного лечения такие же, как и вне беременности.
Медикаментозная терапия:

- ;

желчегонные лекарственные средства показаны всем беременным, поскольку у них превалирует гипомоторная форма дисфункции желчевыводящих путей, наиболее показаны холецистокинетики, обладающие и послабляющим эффектом
- ;

антибактериальные препараты назначают при присоединении инфекции, при их выборе следует учитывать срок беременности
- ();

спазмолитики и анальгетики показаны при выраженном болевом синдроме дротаверин, папаверин, метамизол натрий в обычных дозах
-

метоклопрамид нормализует моторику пузыря у беременных независимо от вида дискинезии, в том числе и при рвоте беременных.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Сахарный диабет и беременность
Гестационный диабет — В Российской Федерации распространенность ГСД составляет 4,5–6,5%.
«цунами» XXI в.
Во время беременности с каждым днем нарастает инсулинорезистентность, которая является основной причиной развития ГСД. Главную роль в этом процессе играют фетоплацентарные гормоны (плацентарный лактоген и прогестерон) и гормоны матери (кортизол, эстрогены, пролактин), концентрация которых в крови также возрастает с увеличением срока беременности. Данный процесс компенсируется повышенной продукцией и снижением клиренса эндогенного инсулина матери. Инсулинорезистентность усугубляется увеличением калорийности принимаемой матерью пищи, снижением физической активности, а также прибавкой массы тела. При наследственной предрасположенности к СД 2-го типа и ожирению секреция инсулина становится недостаточной для преодоления инсулинорезистентности, что приводит к появлению гипергликемии. Принимая во внимание большое патогенетическое сходство ГСД и СД 2-го типа, есть все основания рассматривать ГСД как типичное мультифакторное заболевание, в развитии которого принимают участие многочисленные генетические и эпигенетические факторы (проект КР «Гестационный сахарный диабет»).
По данным Атласа международной диабетической федерации, в 2019 г. распространенность гипергликемии у беременных составила около 15,8%, из них 83,6% были связаны с ГСД (КР «Гестационный сахарный диабет»).
(в соответствии с МКБ-10):
Различают несколько видов нарушений углеводного обмена у беременных

- O24.0 Существовавший ранее СД 1-го типа;
- O24.1 Существовавший ранее СД 2-го типа;
- O24.2 Существовавший ранее СД, связанный с недостаточностью питания;
- O24.3 Существовавший ранее СД неуточненный;
- O24.4 СД, развившийся во время беременности;
- O24.9 СД при беременности неуточненный.

Гестационный диабет может проявляться незначительной гипергликемией натощак, постпрандиальной (после приема пищи, углеводной нагрузки) гипергликемией либо развитием классической клинической картины СД с высокими цифрами гликемии.
Течение беременности и родов при СД крайне неблагоприятно сказывается на развитии плода — увеличивается частота пороков развития, высоки перинатальная заболеваемость и смертность.
Основные осложнения беременности при СД:

- (%);

ПЭ 60–70
- ();

ФПН почти в 100%

- (
многоводие до 70%);
- ();
ПР 25–60%
- (%);
диабетическая фетопатия 44–63
- ();
аномалии развития плода до 9%
-
крупный плод.

В большинстве случаев ГСД не проявляется клинической картиной, характерной для дебюта СД, или симптомы гипергликемии могут расцениваться как проявления беременности, например частое мочеиспускание, слабость, быстрая утомляемость, снижение памяти.
При сборе анамнеза необходимо активное выявление жалоб, которые могут быть связаны с гипергликемией, уточнение данных о наследственности по СД 2-го типа, наличию ГСД в предыдущие беременности (срок выявления и какую терапию получала), массе детей при рождении в предыдущие беременности, пороках развития плода, многоводии в предыдущие беременности, СПКЯ, АГ, дислипидемии, проводимой терапии.
Беременность — самостоятельный фактор риска развития гипергликемии в связи с физиологическими изменениями, которые происходят в организме женщины, в связи с чем необходимо активно выявлять данное нарушение углеводного обмена у всех беременных, независимо от наличия или отсутствия жалоб или факторов риска.
Беременным с ГСД необходим контроль показателей АД на протяжении всей беременности для своевременной диагностики и лечения гипертензивных осложнений беременности.
Контроль показателей АД проводится на амбулаторном приеме и при помощи дневника самоконтроля АД (самостоятельное измерение АД пациенткой 2–4 раза в сутки) с последующим предъявлением его врачу при визите. Если более 1/3 всех измерений при самоконтроле АД превышают 130/80 мм рт.ст., необходима систематическая гипотензивная терапия.
По показаниям (при хронической АГ, эпизодах повышения АД на амбулаторном приеме, возрастании АД по данным дневника самоконтроля АД, появлении протеинурии, отеков, и/или ПЭ с ранним началом в анамнезе) целесообразно суточное мониторирование АД для своевременной диагностики ПЭ и гестационной АГ, назначения гипотензивной терапии.
Риск развития СД оценивают на первом визите к врачу беременной путем формирования групп риска.
Факторы риска манифестного (впервые выявленного во время беременности) СД 2-го типа:

- ( );
ожирение ИМТ ≥25 кг/м^2
- ;
наличие родственников первой степени родства с СД
- ;
принадлежность к популяции с высоким риском СД 2-го типа
- ;
кардиоваскулярные заболевания
- ();
АГ ≥140/90 мм рт.ст. или антигипертензивная терапия
- ()();
уровень липопротеинов высокой плотности <35 мг/дл 0,9 ммоль/л и/или ТГ >250 мг/дл 2,82 ммоль/л
- ;
низкая физическая активность
- ();
инсулинорезистентность например, acanthosis nigricans, СПКЯ
- ()
женщины с предиабетом HbA1c ≥5,7%, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак, ГСД в анамнезе.

Дополнительные факторы риска по выявлению СД 2-го типа во время беременности:

- ;
масса тела матери при рождении выше 4,1 кг или менее 2,7 кг
- ;
значительная прибавка массы тела между беременностями или в ранние сроки беременности
- ;
роды крупным плодом в анамнезе
- ;
глюкозурия на первом пренатальном визите
- ;
предшествующие необъяснимые перинатальные потери, рождение детей с пороками развития
- ;
предшествующие ПР, ПЭ
- ;
лечение глюкокортикоидами в данную беременность
-
АГ, индуцированная беременностью, в данную беременность.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Факторы риска манифестного **(** *впервые выявленного во время беременности* **)** *СД 1-го типа:*

- ;
молодой возраст
- ;
низкий ИМТ
- ;
наличие кетонов в моче или крови
- ();
другое аутоиммунное заболевание например, диффузный токсический зоб, тиреоидит
- ().
ранняя инсулинотерапия 89% базис-болюсная

Группу низкого риска развития гестационного диабета составляют женщины:

- ;
моложе 25 лет
- ;
с нормальной массой тела до беременности
- ;
не имеющие указаний на СД у родственников первой степени родства
- ();
никогда не имевшие в прошлом нарушений углеводного обмена в том числе глюкозурии
-
с неотягощенным акушерским анамнезом.

Для отнесения женщины в группу с низким риском развития гестационного диабета необходимо наличие всех перечисленных признаков.
В группу со средним риском развития гестационного диабета попадают женщины:

- ( );

с незначительным избытком массы тела до беременности ИМТ 25–30 кг/м^2

- ()

с отягощенным акушерским анамнезом рождение детей с массой тела более 4000 г, многоводие, невынашивание, ПЭ, пороки развития плода, мертворождения и др.

К группе высокого риска развития гестационного диабета относятся женщины:

- ( );

с выраженным ожирением ИМТ 30 и более кг/м^2

- ;

гестационным диабетом в анамнезе

- ;

с СД у родственников первой степени родства

- ()

указаниями на нарушения углеводного обмена в анамнезе вне беременности.

Для отнесения к группе высокого риска достаточно наличия одного из перечисленных признаков.

Специфических признаков ГСД, которые можно было бы выявить при физикальном осмотре, не существует. Необходимо соблюдать общие пропедевтические принципы обследования пациенток, проводить расчет ИМТ до беременности, наблюдать динамику массы тела во время беременности.

Пациенткам проводится:

- измерение роста;
- измерение массы тела;
- измерение АД;
- определение размеров плода (пальпация плода, измерение ОЖ, ВДМ) (см. КР «Нормальная беременность», 2020).

Беременным с ГСД показан еженедельный контроль массы тела для своевременной модификации образа жизни. Для коррекции избыточной прибавки массы следует рекомендовать снижение суточной калорийности рациона (уменьшение объема потребляемой пищи, исключение высококалорийных продуктов из рациона и др.) и увеличение двигательной активности. Диетических рекомендаций при патологической прибавке массы тела беременным следует придерживаться постоянно.

Диагностику нарушений углеводного обмена рекомендуется проводить во время беременности в несколько этапов (табл. 4.20). При первом обращении беременной к врачу проводят одно из следующих исследований:

- определение глюкозы венозной плазмы натощак;
- определение глюкозы венозной плазмы в любое время дня вне зависимости от приема пищи.

Диагностические критерии сахарного диабета и других нарушений гликемии (Всемирная организация здравоохранения, 1999–2013)

Таблица 4.20.

Время определения	**Концентрация глюкозы, ммоль/л**	
	Цельная капиллярная кровь	**Венозная плазма**
Норма		
Натощак	<5,6	<6,1
Через 2 ч после ПГТТ	<7,8	<7,8
СД		
Натощак	>6,1	>7,0
Через 2 ч после ПГТТ или	>11,1	>11,1
Случайное определение	>11,1	>11,1
Нарушенная толерантность к глюкозе		
Натощак (если определяется)	<6,1	<7,0
Через 2 ч после ПГТТ	>7,8 <11,1	>7,8 <11,1
Нарушенная гликемия натощак		
Натощак	>5,6 <6,1	>6,1 <7,0
Через 2 ч после ПГТТ (если определяется)	<7,8	<7,8

Исследуется только уровень глюкозы в венозной плазме, использование проб сыворотки крови и цельной капиллярной крови не допускается. . Не рекомендуется использовать тест на HbA1c для диагностики ГСД.

Запрещено использование индивидуальных глюкометров для определения глюкозы крови

Определение глюкозы венозной плазмы проводится только в лаборатории на биохимических анализаторах либо на анализаторах глюкозы.

Диагноз ГСД может быть поставлен на основании однократного определения гликемии. Данный критерий постановки диагноза ГСД относится ко всему периоду гестации.

Забор крови производится в холодную пробирку (лучше вакуумную), содержащую консерванты натрия фторид (6 мг на 1 мл цельной крови) как ингибитор энолазы для предотвращения спонтанного гликолиза, и этилен-диамин-тетрацетат или натрия цитрат как антикоагулянты. Пробирка помещается в лед. Затем немедленно (не позднее ближайших 30 мин) кровь центрифугируется для разделения плазмы и форменных элементов. Плазма переносится в другую пластиковую пробирку. В этой биологической жидкости и производится определение уровня глюкозы.

Если определяется (не рекомендованный для беременных) уровень HbA1c <6,5% или случайно определенный уровень глюкозы плазмы <11,1 ммоль/л, то рекомендуется проводить определение глюкозы венозной плазмы натощак: при уровне глюкозы венозной плазмы натощак ≥(≥92, но <126 мг/дл) устанавливается диагноз .

5,1 ммоль/л, но <7,0 ммоль/л ГСД

()

Следует отметить, что беременность II и III триместры понижает уровень HbA1c.

Всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24-й и 28-й неделей рекомендуется проводить ПГТТ с 75 г декстрозы (Глюкоза). Оптимальный срок для ПГТТ — 24–26 нед, однако он допустим вплоть до 32-й недели беременности.

♠

Тест выполняется на фоне обычного питания (не менее 150 г углеводов в день) как минимум в течение 3 дней, предшествующих исследованию. Тест проводится утром натощак после 8-часового ночного голодания. Последний прием пищи должен обязательно содержать 30–50 г углеводов. Питье воды не запрещается. В процессе теста пациентка должна сидеть. Курение до завершения теста запрещается.

Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови (поливитамины и препараты железа, содержащие углеводы, глюкокортикоиды, β-адреноблокаторы, β-адреномиметики), по возможности следует принять по окончании теста (табл. 4.21).

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики гестационного сахарного диабета или манифестного (впервые выявленного) сахарного диабета во время беременности

Таблица 4.21.

ГСД, ПГТТ с 75 г глюкозы		
Глюкоза венозной плазмы		
	ммоль/л	**мг/дл**
Натощак	>5,1	>92
Через 1 ч	>10,0	>180

Через 2 ч	>8,5	>153
Манифестный (впервые выявленный) СД у беременных на любом сроке беременности		
Глюкоза венозной плазмы натощак		>7,0 ммоль/л (126 мг/дл)
HbA1c		>6,5%
Глюкоза венозной плазмы вне зависимости от времени суток и приема пищи при наличии симптомов гипергликемии, а также при ПГТТ через 2 ч после нагрузки глюкозой		>11,1 ммоль/л (200 мг/дл)

В случае наличия противопоказаний к ПГТТ при необходимости можно провести исследование гликемии через 3 дня после расширения двигательной активности, отмены гипергликемических препаратов и глюкокортикоидов.
Беременным с бариартрическими операциями в анамнезе диагностика ГСД проводится по результатам определения гликемии в венозной плазме натощак. Данную категорию беременных следует рассматривать как группу максимального риска по развитию ГСД, в связи с чем с самого начала беременности данной категории пациенток следует рекомендовать соблюдение диетических рекомендаций как при ГСД, а с 24-й недели беременности самоконтроль гликемии с помощью глюкометра.
СД/манифестный СД, установленный до 24 нед беременности:

- синдром мальабсорбции (синдром резецированного желудка, бариатрические операции, демпинг-синдром);
- рвота, тошнота;
- острое воспалительное или инфекционное заболевание;
- обострение заболеваний ЖКТ;
- строгий постельный режим в стационере в связи с акушерскими осложнениями (угроза прерывания беременности, наложение швов не шейку матки, инфузии β2-адреномиметков, профилактика дисстресс-синдрома новорожденного).

Этапы выполнения ПГТТ.

- *Первый этап: после забора первой пробы плазмы венозной крови натощак уровень гликемии измеряется немедленно, так как при получении результатов, указывающих на впервые выявленный СД или ГСД, дальнейшая нагрузка глюкозой не проводится и тест прекращается.*
- ()()()

Второй этап: при продолжении теста пациентка должна в течение 5 мин выпить раствор глюкозы, состоящий из 75 г сухой ангидрита или безводной глюкозы, растворенной в 250–300 мл теплой 37–40 °С питьевой негазированной или дистиллированной воды. При использовании моногидрата глюкозы для теста необходимо 82,5 г вещества. Начало приема раствора глюкозы считается началом теста.

- *Третий этап: следующие пробы крови для определения уровня глюкозы венозной плазмы берутся через 1 и 2 ч после нагрузки глюкозой. При получении результатов, указывающих на ГСД после второго забора крови, тест прекращается.*

Достаточно одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы или превышения любого одного значения уровня глюкозы венозной плазмы из трех по результатам глюкозотолерантного теста для диагноза СД. При получении аномальных значений в исходном измерении нагрузка глюкозой не проводится, при получении аномальных значений во второй точке третье измерение не требуется.
непрерывное мониторирование глюкозы в реальном времени и флеш-мониторирование не исключают традиционный самоконтроль гликемии с помощью глюкометров! Использование непрерывного мониторирования глюкозы в реальном времени и флеш-мониторирования глюкозы может быть полезным для пациенток с СД 2-го типа, получающих интенсифицированную инсулинотерапию (многократные инъекции инсулина или инсулиновая помпа), исходно проводящих самоконтроль гликемии с частотой не менее 4 раз в сутки, , а также при нарушении распознавания гипогликемии (КР «Сахарный диабет 2-го типа у взрослых», 2022).
В настоящее времяособенно беременных
Системы длительного (непрерывного) мониторирования глюкозы измеряют ее уровень в интерстициальной жидкости непрерывно с частотой 5–15 мин с помощью устанавливаемых подкожно датчиков (сенсоров). Существует разница между отображаемым значением интерстициальной и капиллярной глюкозы (в среднем на 8–10 мин, максимально до 20 мин). Таким образом, в случае стабильного уровня глюкозы в крови отображаемые уровни будут близки к уровням капиллярной глюкозы. Однако во время быстрого повышения или понижения уровня глюкозы в крови отображаемое значение, как правило, будет соответственно ниже или выше.
Доступные в настоящее время системы могут быть разделены на три категории.

- Непрерывное мониторирование глюкозы в «слепом» режиме, или так называемое , позволяет оценить уровень глюкозы за короткий промежуток времени (от нескольких дней до 2 нед) ретроспективно. Основное назначение данного метода — объективная оценка гликемического профиля (в том числе вариабельности глюкозы), выявление скрытых эпизодов гипо-/гипергликемий с целью коррекции проводимого лечения, а также обучение пациенток. В период использования данных систем пациентка должна проводить параллельный самоконтроль гликемии с помощью глюкометров для последующей калибровки.

профессиональное

- Непрерывное мониторирование глюкозы в реальном времени отражает текущий уровень глюкозы, тенденции (направления и скорости) изменения глюкозы, график глюкозы за предыдущее время (в том числе вариабельность). Они имеют , которые активируются при достижении гликемией пороговых значений, прогнозировании этих значений, а также при достижении порогового уровня скорости изменения гликемии. В период использования данных систем пациентка должна проводить параллельный самоконтроль гликемии с помощью глюкометров для последующей калибровки. Некоторые модели систем непрерывного мониторирования глюкозы в реальном времени передают данные об уровне глюкозы на смартфон, откуда они могут быть сохранены на сервере в сети Интернет и использованы для дистанционного наблюдения.

сигналы тревоги

- Периодически сканируемое/просматриваемое непрерывное мониторирование глюкозы или флеш-мониторирование глюкозы не отображает данные об уровне глюкозы автоматически, а только при приближении на короткое расстояние сканера (ридера) или смартфона с установленным специальным приложением к датчику (сенсору). Флеш-мониторирование глюкозы предоставляет информацию о текущем уровне глюкозы, тенденции (направления и скорости) изменения глюкозы, график глюкозы за предыдущее время (в том числе вариабельность) (КР «Сахарный диабет 2-го типа у взрослых», 2022).

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

При выявлении СД любого типа беременную немедленно передают для дальнейшего ведения эндокринологу.
Возможность вынашивания беременности при СД, сопровождающемся тяжелой нефропатией (клиренс креатинина менее 90 мл/мин, суточная протеинурия 3,0 г и более, креатинин крови более 120 мкмоль/л, артериальная гипертония), после трансплантации почки или с прогрессирующей пролиферативной ретинопатией решается консилиумом.
Дополнительная диагностика
Рекомендуется оценивать признаки диабетической фетопатии по данным экспертного УЗИ:

- ();

крупный плод размеры диаметра живота ≥75-го перцентиля

- ;

гепатоспленомегалия

- ;

кардиомегалия/кардиопатия

- ;

двуконтурность головки плода

- ;

отек и утолщение подкожно-жирового слоя

- ;

утолщение шейной складки

- ()

впервые выявленное или нарастающее многоводие при установленном диагнозе ГСД в случае исключения других причин многоводия.
Рекомендованы осмотры врачом-офтальмологом всех пациенток с СД 1-го типа при планировании беременности или в течение I триместра беременности, далее 1 раз в триместр и не позднее чем через 1 год после родоразрешения с целью выявления диабетических изменений

сетчатки (КР «Сахарный диабет 1-го типа у взрослых», 2022).
Течение СД в первые недели беременности у большинства беременных остается без изменений или наблюдается улучшение толерантности к углеводам, что обусловлено высоким уровнем ХГ. В свою очередь, улучшено периферическое усвоение глюкозы за счет повышенного ее потребления эмбрионом. Это сопровождается снижением потребности в инсулине и риском развития у беременных гипогликемии.
Во второй половине беременности из-за повышенной деятельности контринсулярных гормонов (глюкагон, плацентарный лактоген, пролактин, кортизол) ухудшается толерантность к углеводам, усиливаются диабетические жалобы, повышается уровень гликемии, нарастает глюкозурия, возможно развитие кетоацидоза. В это время необходимо увеличение дозы вводимого инсулина.
К концу беременности из-за снижения уровня контринсулярных гормонов вновь улучшается толерантность к углеводам, снижается уровень гликемии и доза вводимого инсулина.
Наблюдение
УЗИ плода в 28–29 нед у беременных с ГСД для выявления диабетической фетопатии, многоводия и нарушений состояния плода; УЗИ плода не реже 1 раза в 4 нед при отсутствии диабетической фетопатии по данным УЗИ в 28–29 нед; при наличии фетопатии — не реже 1 раза в 3 нед или чаще по показаниям у беременных с ГСД для своевременной корректировки тактики ведения акушером-гинекологом и эндокринологом.
Рекомендуется
УЗИ при ГСД должно включать в себя:

- ;

стандартную фетометрию, перцентильную оценку фетометрических параметров и массы плода
- ;

выявление фенотипических и висцеральных признаков диабетической фетопатии
- ();

определение зрелости плода: ядро Беклара наибольший размер вторичной точки окостенения дистального эпифиза бедренной кости, размер >5 мм свидетельствует о зрелости плода
- ().

оценку парафетальных структур: толщины плаценты, количества околоплодных вод, оценка плодового кровообращения допплерометрия Диагностика диабетической фетопатии проводится на основании нижеследующего.

-

Выявление асимметричной макросомии. Макросомия плода — превышение 75-го перцентили массы плода для данного гестационного срока. Выделяют два типа макросомии:

- ;

симметричный тип макросомии конституциональный, генетически детерминированный, не определяется материнским уровнем гликемии и характеризуется пропорциональным увеличением всех фетометрических показателей
-

асимметричный тип макросомии наблюдается при диабетической фетопатии; отмечается увеличение размеров живота более 90-го перцентиля для данного гестационного срока при нормальных показателях размеров головки и длины бедра.
-

Выявление фенотипических признаков диабетической фетопатии:

- ;

двойной контур головки
- ;

увеличение буккального индекса более 0,9
- ;

толщина подкожно-жировой клетчатки шеи >0,32 см
-

толщина подкожно-жировой клетчатки груди и живота >0,5 см.
-

Выявление висцеральных признаков диабетической фетопатии:

- ;

гепатомегалия
- ()

кардиомегалия увеличение кардиоторакального индекса более 25%.
Целесообразно предоставление информации о формировании макросомии/диабетической фетопатии у плода акушерами-гинекологами терапевту/эндокринологу/врачу общей практики при ведении беременных с ГСД для своевременного назначения инсулинотерапии.
КТГ с 32 нед не реже 1 раза в 7–10 дней, с 37 нед — не реже 1 раза в 7 дней или чаще по показаниям у беременных с ГСД для своевременной диагностики дистресса плода.
Рекомендуется
Основным проявлением влияния СД при беременности служит диабетическая фетопатия. Различают две формы диабетической фетопатии в зависимости от преобладания влияния нарушенного обмена веществ либо поражения сосудов:

- гипертрофическую — при доминировании нарушений углеводного обмена; характеризуется макросомией плода (масса тела обычно выше 4000 г) при обычной длине тела, увеличением размеров и массы плаценты;
- гипопластическую — при превалировании микроангиопатии и первичного поражения плацентарного ложа с последующим развитием ФПН; проявляется асимметричной ЗРП с низкой массой тела при рождении, уменьшенными размерами плаценты и более тяжелыми симптомами гипоксии плода и асфиксии при рождении.

При невозможности достижения целевых показателей гликемии (два нецелевых значения гликемии и более при соблюдении рекомендаций по диетотерапии, натощак до 5,1 ммоль/л, через 1 ч после еды до 7,0 ммоль/л) в течение 1–2 нед самоконтроля рекомендуется.
инсулинотерапия, которую назначает эндокринолог

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

При выявлении УЗ-признаков диабетической фетопатии рекомендуется немедленная коррекция питания, рассмотрение вопроса о назначении инсулина и при наличии возможности — непрерывное мониторирование уровня глюкозы венозной крови. Схема инсулинотерапии и тип препарата инсулина назначаются в зависимости от показателей гликемии.
() :
Плановые госпитализации*в том числе в дневной стационар при существовавшем до беременности СД проводят***трижды**

- ;

до 10–12 нед — для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности, уточнения диагноза, подбора терапии
- ;

в 21–24 нед — для компенсации углеводного обмена
-

в 32 нед — для дальнейшего мониторинга течения беременности и СД.
При декомпенсации СД, ухудшении состояния плода или присоединении ПЭ беременную госпитализируют на любом сроке.
:
Показания для госпитализации в медицинскую организацию

- плановая и экстренная госпитализация беременных с ГСД в акушерский стационар осуществляется по общепринятым в акушерстве показаниям;
- при наличии акушерских осложнений матери и/или плода у беременных с ГСД плановая госпитализация проводится не позднее 38 нед в акушерский стационар третьего уровня для определения оптимального срока и метода родоразрешения;
- при отсутствии акушерских осложнений матери и/или плода у беременных с ГСД плановая госпитализация проводится не позднее 40 нед в акушерский стационар 2–3-го уровня для профилактики материнских и перинатальных осложнений при родоразрешении (при отсутствии

самопроизвольного развития родовой деятельности в более ранние сроки).
Материнские осложнения:

- ;

ПЭ, ГАГ
- ;

протеинурия, вызванная беременностью
-

другие акушерские осложнения.
Осложнения плода:

- ;

диабетическая фетопатия, многоводие
- ;

макросомия
- ;

дистресс плода
-

ЗРП.
Показания к выписке пациентки из медицинской организации.
Выписка из акушерского стационара пациенток с ГСД осуществляется по акушерским показаниям.
Срок родоразрешения беременных с СД определяют индивидуально с учетом тяжести течения СД, степени компенсации заболевания, функционального состояния плода, наличия акушерских осложнений (из проекта КР по ГСД, 2023).
Родоразрешение
определить тактику родоразрешения в 36 нед в зависимости от наличия акушерских осложнений со стороны матери и плода у беременных с ГСД для оптимальной маршрутизации и своевременной госпитализации.
Рекомендуется
:
Материнские осложнения

-

ПЭ, ГАГ;
- ;

протеинурия, вызванная беременностью
-

другие акушерские осложнения.
:
Осложнения плода

- ;

диабетическая фетопатия, многоводие
- ;

макросомия
- ;

дистресс плода
-

ЗРП.
родоразрешать не позднее 39 нед при наличии акушерских осложнений матери и/или плода у беременных с ГСД для профилактики материнских и перинатальных осложнений при родоразрешении.
Рекомендуется
родоразрешать не позднее 41-й недели при отсутствии акушерских осложнений матери и/или плода у беременных с ГСД для профилактики материнских и перинатальных осложнений при родоразрешении.
Рекомендуется
Родоразрешение путем КС беременных с ГСД проводится по общепринятым в акушерстве показаниям, а также при наличии диабетической фетопатии при ПМП ≥4500 г в сроке 38–39 нед беременности при отсутствии неосложненных самопроизвольных родов крупным плодом в анамнезе в связи с риском дистоции плечиков для профилактики родового травматизма матери и плода.
Досрочное родоразрешение у беременных с ГСД проводится только по общепринятым в акушерстве показаниям.
ПГТТ через 4–12 нед после родов при уровне глюкозы венозной плазмы натощак <7,0 ммоль/л для реклассификации степени нарушения углеводного обмена по категориям гликемии (норма, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак, СД) в соответствии с Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным СД.
Рекомендуется
Особенности лечения сахарного диабета 2-го типа при беременности
КР «Сахарный диабет 2-го типа у взрослых», 2022, КР «Сахарный диабет 1-го типа у взрослых», 2022.
Обязателен ежедневный самоконтроль гликемии во время беременности не менее 7 раз в сутки (перед и через 1 ч или 2 ч после приемов пищи, на ночь), при плохом самочувствии, при необходимости (риск гипогликемии, титрация дозы базального инсулина) — в 3:00 и 6:00 пациенткам с СД 1-го и 2-го типов для оценки степени достижения целевых показателей гликемического контроля и своевременной коррекции терапии в целях снижения риска ПЭ, неблагоприятных исходов беременности и родоразрешения.
Применение НМГ у пациенток с СД 1-го и 2-го типов на интенсифицированной инсулинотерапии во время беременности рекомендовано в качестве дополнительного средства контроля гликемии для улучшения показателей гликемического контроля (табл. 4.22).
Стандартизованные показатели непрерывного мониторирования глюкозы и их целевые значения у беременных с сахарным диабетом 1-го и 2-го типов
Таблица 4.22.

Показатели	Целевое значение
Основные	
Количество дней ношения устройства НМГ	≥14 дней
Доля времени с активным устройством НМГ	≥70%
Среднее значение уровня глюкозы	–
Время выше целевого диапазона: % измерений (время) в диапазоне >7,8 ммоль/л (Уровень 1)	<25% (<6 ч)
Время в целевом диапазоне: % измерений (время) в диапазоне 3,5–7,8 ммоль/л	>70% (>16 ч 48 мин)
Время ниже целевого диапазона: % измерений (время) в диапазоне <3,5 ммоль/л (Уровень 1)	<4% (<1 ч)
Дополнительные	
Индикатор контроля уровня глюкозы	–
Вариабельности глюкозы (коэффициент вариабельности)	≤36%
Время ниже целевого диапазона: % измерений (время) в диапазоне <3,0 ммоль/л (Уровень 2)	<1% (<15 мин)

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Рекомендуется интенсифицированная инсулинотерапия в режиме многократных инъекций и базального инсулина или помповая инсулинотерапия пациенткам с СД 1-го типа, планирующим беременность и во время беременности, для поддержания целевых показателей гликемического контроля.
Необходимо структурированное обучение пациенток с СД 1-го типа принципам интенсифицированной инсулинотерапии в базис-болюсном режиме. Перевод на помповую инсулинотерапию должен осуществляться на этапе планирования беременности.
Рекомендуется поддержание целевых значений гликемического контроля (уровень глюкозы плазмы натощак/перед едой/на ночь/ночью <5,3 ммоль/л; уровень глюкозы плазмы через 1 ч после еды <7,8 ммоль/л или через 2 ч после еды <6,7 ммоль/л; HbA1c <6,0%)

пациенткам с СД 1-го типа во время беременности для снижения риска неблагоприятных исходов беременности для матери и плода. Индивидуально могут быть определены другие целевые показатели гликемического контроля (при наличии сосудистых осложнений СД).
Рекомендуется мультидисциплинарный подход к ведению беременности у пациенток с СД 1-го типа: наблюдение врача — акушера-гинеколога, врача-эндокринолога и терапевта или врача общей практики для обеспечения комплексного ведения и профилактики неблагоприятных исходов беременности.
Срок и метод родоразрешения определяется акушерскими показаниями. Для обеспечения комплексного подхода к родоразрешению и послеродовому ведению рекомендуется родоразрешение в специализированном роддоме.
Профилактика
КР «Сахарный диабет 2-го типа у взрослых», 2022. КР «Сахарный диабет 1-го типа у взрослых», 2022.
Беременность, развившаяся на фоне СД, сопровождается риском для здоровья матери и плода. Планирование беременности и поддержание физиологических значений уровня глюкозы у беременных с СД позволяет снизить частоту осложнений и течения и исходов беременности.
Эффективный метод контрацепции следует применять до тех пор, пока не закончены надлежащее обследование и подготовка к беременности. При планировании беременности необходимо определение уровня HbA1c, креатинина сыворотки крови, соотношение альбумина и креатинина мочи, уровня ТТГ, назначение фолиевой кислоты в дозе не менее 400 мкг, препаратов калия йодида в дозе 50 мкг.
достижение компенсации углеводного обмена за 3–4 мес до зачатия пациенткам с СД 1-го и 2-го типов, планирующим беременность, для снижения риска развития пороков у плода и профилактики неблагоприятных исходов беременности.
Рекомендуется
Цели лечения в этот период соответствуют: HbA1c <6,5%, уровень глюкозы плазмы натощак/перед едой <6,1 ммоль/л, уровень глюкозы плазмы через 2 ч после еды <7,8 ммоль/л. Необходимо информирование пациенток с СД 1-го и 2-го типов и членов их семей о возможных рисках для матери и плода при отсутствии удовлетворительной компенсации углеводного обмена на момент зачатия и во время беременности.
перевод на инсулинотерапию пациенток с СД 2-го типа, планирующих беременность, для поддержания стабильной компенсации углеводного обмена.
Рекомендуется
При планировании беременности необходимо перевести пациентку с СД 2-го типа на инсулинотерапию в связи с отсутствием проницаемости плаценты для препаратов инсулина. В случае наступления беременности на фоне терапии пероральными сахароснижающими препаратами необходимо прием препаратов отменить и инициировать инсулинотерапию.
отменить прием статинов, ингибиторов ангиотензин-превращающего-фермента и ингибиторов ГМГ-КоА редуктазы пациенткам с СД, планирующим беременность, для предупреждения тератогенного влияния данных препаратов.
Рекомендуется
консультация врача-офтальмолога с биомикроскопией глазного дна под мидриазом пациенткам с СД 1-го и 2-го типов, планирующим беременность.
Рекомендуется
оценка стадии хронической болезни почек, консультация врача-нефролога пациенткам с СД 1-го и 2-го типов, планирующим беременность, для оценки наличия и выраженности заболеваний почек.
Рекомендуется
обучающие мероприятия со всеми пациентами с СД 2-го типа от момента выявления заболевания и на всем его протяжении не реже 1 раза в 3 года в целях повышения осведомленности пациентов и улучшения распознавания гипогликемии, снижения рисков развития тяжелой гипогликемии, для достижения целевых показателей гликемического контроля и улучшения самостоятельного управления заболеванием.
Рекомендуются
()()
Цели и задачи обучения должны быть конкретизированы в соответствии с актуальным состоянием пациента. В «Школу для пациентов с СД» направляются пациенты, не проходившие обучения первичный цикл, или пациенты, уже прошедшие обучение повторные циклы, для поддержания уровня знаний и мотивации или при появлении новых терапевтических целей. Кабинет «Школа для пациентов с СД» — структурное подразделение медицинской организации, оказывающее первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь по профилю «эндокринология» в виде группового терапевтического обучения пациентов с СД по структурированным программам в зависимости от типа СД и метода лечения, с обязательной практической отработкой навыков, необходимых для самостоятельного управления заболеванием.
использовать для обучения специально разработанные структурированные программы, адресованные конкретному контингенту пациентов (в частности, , для достижения целевых показателей гликемического контроля, профилактики развития и прогрессирования осложнений, экономии ресурсов (КР «Сахарный диабет 2-го типа у взрослых», 2022).
Рекомендуетсябеременным с СД 2-го типа

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Модификация образа жизни **(** *изменение режима питания и физической активности* **)** *всем беременным с ГСД для профилактики акушерских и перинатальных осложнений.*
Диетотерапия с исключением углеводов с высоким гликемическим индексом, легкоусваиваемых углеводов, трансжиров, с суточным количеством углеводов 175 г или не менее 40% от расчетной суточной калорийности питания под контролем гликемии и кетоновых тел в моче всем беременным с ГСД для адекватного обеспечения потребностей матери и плода и профилактики акушерских и перинатальных осложнений.
Продукты, содержащие углеводы, распределяются в течение дня на 3 основных приема пищи и 2–3 дополнительных. Каждый прием пищи должен содержать медленно усваиваемые углеводы, белок, моно- и полиненасыщенные жиры, пищевые волокна. Суточное количество пищевых волокон должно быть не менее 28 г суммарно из клетчатки, разрешенных овощей, фруктов, листовых салатов, злаковых и отрубей. У беременных с ожирением рекомендовано ограничить насыщенные жиры до 10% суточного употребления жиров. Ограничение калорийности питания рекомендуется беременным с ожирением по ИМТ до беременности и с патологической прибавкой массы тела во время беременности, но не менее 1800 ккал в сутки для предотвращения кетонурии.
Распределение содержания углеводов в течение дня (табл. 4.23): завтрак 15–30 г, второй завтрак 15–30 г, обед 30–60 г, полдник 15–45 г, ужин 30–60 г, второй ужин 10–15 г — в среднем 150–175 г углеводов в сутки. Перерыв между приемами пищи — 2,5–3 ч, между последним приемом пищи и первым на следующий день не более 10 ч. Употребление легко усваиваемых углеводов и углеводов с высоким гликемическим индексом исключается полностью. Для профилактики кетонурии или кетонемии рекомендуется введение дополнительного приема углеводов (≈12–15 г) перед сном или в ночное время.
Гликемический индекс углеводсодержащих продуктов + скорость их усвоения
Таблица 4.23.

	Группа продуктов		**Низкий гликемический индекс/медленно усваиваемые углеводы**	**Средний гликемический индекс/медленно усваиваемые углеводы**	**Высокий гликемический индекс/легко усваиваемые углеводы**
Фрукты и ягоды	Грейпфрут, лимон, лайм, киви, апельсин, рябина черноплодная, брусника, черника, голубика, смородина, земляника, клубника, малина, крыжовник, клюква, вишня	Абрикос, персик, нектарин, слива, мандарин, груша, гранат, яблоко,			
манго, папайя, ананас, арбуз до 200 г, зеленый банан					
Виноград, банан, хурма, инжир, , арбуз более 200 г, дыня, все соки, даже свежевыжатые					
черешня					
Овощи и бобовые	Любая капуста (белокочанная, брокколи, цветная, брюссельская, листовая, кольраби), салаты, зелень (лук, укроп, петрушка, кинза, эстрагон, щавель, мята), баклажаны, кабачки, перец, редька, редис, огурцы, помидоры, артишок, спаржа, лук-порей, чеснок, репчатый лук, стручковая фасоль, шпинат, соя, авокадо, пастернак, ревень, бамбуковые побеги, сельдерей — стебли и корень	Кукуруза в початках, сырая свекла и морковь, отварной до полуготовности и охлажденный картофель, ростки сладкой кукурузы, фасоль, горох, нут, маш	Вареные, жаренные или запеченные: картофель, тыква, свекла, морковь; картофельное пюре, консервированные кукуруза и горошек		

Крупы	Киноа, дикий рис, амарант	Красный рис, белый нешлифованный рис, перловая крупа, цельная овсяная крупа, булгур, полба, гречка, зеленая гречка, ячмень	Просо, пшеничная крупа, манная крупа, кускус, пшено, белый шлифованый рис, рис для суши, хлопья (любые), мюсли, все каши быстрого приготовления
Мучные и макаронные изделия	Хлеб из проростков без муки	Макароны из твердых сортов пшеницы или полбы, цельнозерновой хлеб или хлебцы с клетчаткой	Все изделия из пшеничной муки высшего сорта, рисовой муки, рисовая и гречневая лапша, торты, пирожные, печенье, вафли, чипсы
Молочные продукты	Сметана, творог, несладкий йогурт	Кефир, ряженка, простокваша, ацидофилин, цельное молоко	Обезжиренное молоко, сладкие кисломолочные продукты, сладкие йогурты и творожки
Орехи и семечки	Все орехи и семечки	–	–
Сладости	Горький шоколад ≥75% какао, кэроб, урбеч без сахара	Молочный шоколад, халва, мороженое пломбир, п-еченье на амарантовой или гречишной муке без сахара	Сахар, мед, варенье, джемы, пастила, зефир

При сохраняющейся гипергликемии после завтрака возможно рекомендовать белково-жировой завтрак с исключением или минимальным содержанием сложных (или трудно усваиваемых) углеводов.
В качестве сахарозаменителя могут быть использованы разрешенные во время беременности сукралоза, стевиазит.
дозированные аэробные физические нагрузки не менее 150 мин в неделю беременным с ГСД для улучшения показателей гликемии:
ежедневная ходьба после еды по 10–15 мин для улучшения постпрандиальной гликемии и 30 мин перед сном для улучшения гликемии натощак при отсутствии противопоказаний.
Рекомендуются

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Жиры в питании
Таблица 4.24.

	Жирные кислоты		**Допустимое употребление в день от общего количества жиров, %**	**Продукты питания**
Мононенасыщенные	≥90	Авокадо, кунжут, маслины. Орехи: сырые миндаль, кешью, грецкий орех, фисташки, арахис, кедровый орех, макадамия, бразильский орех. Масла: оливковое, сафлоровое, арахисовое*, рапсовое*, подсолнечное*, кукурузное*		
Полиненасыщенные	≥90	Семечки подсолнечника и тыквы. Рыба и морепродукты. Рыбий жир. Масла: льняное, соевое, кунжутное, грецкого ореха		
Насыщенные	≤10	Мясо, ветчина, колбасы. Сало. Сливки, сметана, молоко, мороженое, сыр		
Трансжиры	0	Маргарин. Спред. Чипсы. Почти все полуфабрикаты. Фастфуд. Сыры с низкой жирностью. Соусы промышленного производства		

** Не рекомендуются для ежедневного употребления в связи с высокой концентрацией омега-6.*
:
Рекомендуемые виды нагрузки

- аэробная — ходьба, скандинавская ходьба, плавание в бассейне, беговые лыжи, велотренажер;

Прогулка перед сном для достижения целевой гликемии утром; после приема пищи, после которого отмечается максимальное повышение гликемии для достижения целевых показателей постпрандиальной гликемии.

- йога или пилатес в модифицированной форме (с исключением упражнений, затрудняющих венозный возврат к сердцу);
- силовые тренировки, направленные на укрепление мышц корпуса и конечностей.

объем активности: 150–270 мин в неделю. Предпочтительно, чтобы эта деятельность была равномерно распределена по дням недели (то есть ежедневно не менее 25–35 мин).
Рекомендуемый
Рекомендуемая интенсивность: 65–75% ЧСС.

max
ЧСС рассчитывается следующим образом: ЧСС = 220 – возраст. Также интенсивность может быть оценена «разговорным» тестом: пока беременная во время упражнения в состоянии вести разговор, вероятнее всего, она не перенапрягает себя.

maxmax
Необходимо прекращение физической активности при появлении симптомов недомогания у беременной с ГСД для предупреждения развития осложнений беременности.
:
Физическая активность должна быть прекращена при следующих симптомах

- появлении кровянистых выделений из половых путей;
- болезненных сокращениях матки;
- подтекании околоплодных вод;
- головокружении;
- головной боли;
- чувстве сильного утомления;
- одышке перед началом активности.

Противопоказаны травмоопасные виды активности (катание на горных лыжах, сноуборде, роликовых коньках, водных лыжах, серфинг, езда на велосипеде по бездорожью, гимнастика и катание на лошадях), контактные и игровые виды спорта (например, бокс, единоборства, хоккей, футбол, баскетбол, теннис), прыжки, подводное плавание с аквалангом.
:
Абсолютные противопоказания к физической активности во время беременности

- гемодинамически значимые заболевания сердца (сердечная недостаточность II функционального класса и выше);
- легочная гипертензия;
- ИЦН или швы на шейке матки;
- многоплодная беременность с риском ПР;

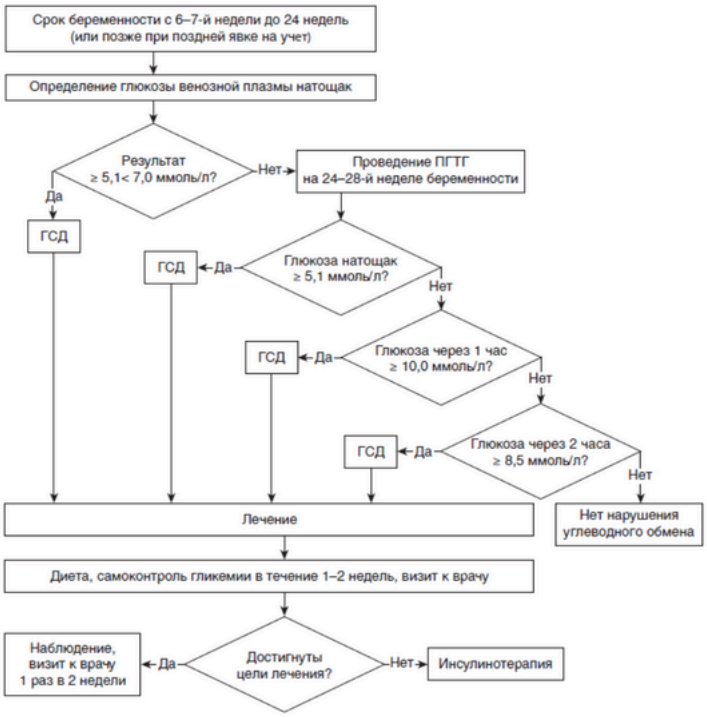
- эпизоды кровянистых выделений в II или III триместре;
- предлежание плаценты после 26 нед беременности;
- подтекание околоплодных вод;
- ПЭ или гестационная АГ;
- тяжелая анемия (Hb <80 г/л).

:

Состояния, при которых вопрос о назначении физической активности, ее виде и объеме решается индивидуально

- анемия средней степени;
- клинически значимые нарушения сердечного ритма;
- хронические обструктивные заболевания легких;
- морбидное ожирение высокой степени (предгравидарный ИМТ >50);
- чрезвычайно низкая масса тела (ИМТ < 12);
- крайне малоподвижный образ жизни;
- ЗРП при данной беременности;
- плохо контролируемая хроническая АГ;
- ортопедические ограничения;
- плохо контролируемая эпилепсия;
- декомпенсированный тиреотоксикоз;
- курение более 20 сигарет в день.

С общим алгоритмом действий врача-гинеколога при ГСД можно ознакомиться ниже (рис. 4.5).



Общий алгоритм действий врача-гинеколога при гестационном сахарном диабете
Рис. 4.5.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Беременность и офтальмологические осложнения
Все беременные подлежат своевременному осмотру офтальмологом на 10–14-й неделе беременности с обязательной офтальмоскопией в условиях максимального медикаментозного мидриаза. При обнаружении патологических изменений глазного дна показана отграничивающая лазерная коагуляция вокруг разрывов или хирургическое вмешательство — при отслойке сетчатки. Повторный осмотр офтальмологом проводят в 36–37 нед беременности, при котором делают окончательное заключение о выборе метода родоразрешения по офтальмологическим показаниям.
Физиологически протекающая беременность при наличии миопии не оказывает существенного отрицательного влияния на зрительные функции. Патогенез периферической витреохориоретинальной дистрофии, приводящей к разрывам и отслойке сетчатки, до настоящего времени окончательно не уточнен, как и роль родов через естественные родовые пути.
ПЭ может сопровождаться появлением свежих изменений на глазном дне и изменением степени миопии.
Степень миопии не характеризует риск и тяжесть периферической витреохориоретинальной дистрофии, следовательно, не позволяет оценить опасность офтальмологических осложнений в родах. Именно поэтому широко распространенное мнение о том, что при близорукости до 6,0 диоптрии возможно родоразрешение через естественные родовые пути, а при более высокой степени показано только КС, неверно.
миопии
Возможные показания к родоразрешению путем КС:

- ;

отслойка сетчатки, диагностированная и прооперированная на 30–40-й неделе беременности

- ;

ранее оперированная отслойка сетчатки на единственном зрячем глазу

-

обширные зоны периферической витреохориоретинальной дистрофии с наличием витреоретинальных тракций.
Возможен альтернативный вариант облегчения потуг — родоразрешение с ослаблением потуг при помощи акушерских щипцов или вакуум-экстрактора.
Несмотря на то что врач-офтальмолог дает заключение о предпочтительном способе родоразрешения, решение в каждой конкретной ситуации принимают консультативно с акушером-гинекологом, курирующим данную беременную.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Беременность и заболевания органов дыхания
. Точная частота пневмоний, осложняющих беременность, неизвестна (приблизительно заболеваемость составляет 0,7–2,7 на 1000 беременных). В 92% случаев пневмонии развиваются в II и III триместрах. Наиболее часто встречается внебольничная пневмония.
Внебольничная пневмония
В основе патогенеза нарушений гестации лежат:

- дыхательная гипоксия;
- интоксикация;
- влияние гипертермии на эмбрион.

Вторичные сосудистые нарушения при длительной гипоксии неблагоприятно сказываются на процессах плацентации, маточно-плацентарно-плодовом кровообращении.
Инфекционный процесс, сопровождающийся интоксикацией и гипоксией, снижает иммунную защиту организма, повышая опасность развития инфекционно-воспалительных осложнений в плаценте. Примерно у 20% беременных объективные признаки могут отличаться от типичных или отсутствовать.
Течение внебольничной пневмонии у беременных нередко бывает более тяжелым в связи со снижением дыхательной поверхности легких, высоким стоянием диафрагмы, ограничивающим экскурсию легких, дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему.
В первые 3 дня амбулаторного лечения беременная нуждается в ежедневном осмотре врачом-терапевтом. Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48–72 ч после начала лечения. При сохраняющихся лихорадке и интоксикации следует госпитализировать беременную в профильное (желательно пульмонологическое) отделение. Исследование мокроты в поликлинических условиях не является обязательным, так как оно не оказывает существенного влияния на выбор стартовой терапии.
В комплекс диагностических мероприятий обязательно должна входить оценка состояния фетоплацентарной системы в динамике заболевания и в период реконвалесценции, своевременное выявление инфекционно-воспалительных осложнений.
:
Показания к госпитализации беременных можно разделить на три группы

- — ()()() ()

непосредственно связанные с тяжелым течением внебольничной пневмонии*нарушение сознания, тахипноэ более 30 в минуту, тахикардия более 125 в минуту, гипотензия систолическое АД <90 мм рт.ст., диастолическое АД <60 мм рт.ст., нестабильная гемодинамика, гипотермия <35 °С или гипертермия >40 °С, лейкопения менее 4,0 или лейкоцитоз более 20×10^9/л, анемия гемоглобин <90 г/л, гематокрит <30%, гипоксемия или гиперкапния; креатинин сыворотки крови более 176,7 мкмоль/л или мочевина крови более 7,0 ммоль/л, возможная аспирация, плевральный выпот, многодолевое поражение легкого, инфекционные метастазы, септический шок, неэффективное комплексное амбулаторное лечение в течение 3 дней;*

- —

связанные с наличием сопутствующих соматических заболеваний*хронические обструктивные заболевания легких, гипертоническая болезнь и сердечно-сосудистые заболевания, цереброваскулярные заболевания, хронические гепатиты, хронические нефриты, острая или хроническая почечная недостаточность, СД, системные заболевания соединительной ткани; наркомания, алкоголизм, дефицит массы тела;*

- —

связанные с осложненным течением самой беременности*ранний токсикоз средней и тяжелой степени, угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, острая и хроническая гипоксия плода, ЗРП.*
— хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением бронхов, основным признаком которого является приступ удушья и/или астматический статус вследствие спазма гладких мышц бронхов, гиперсекреции, дискринии и отека слизистой оболочки дыхательных путей.
БА
Беременность относится к факторам риска обострения БА (КР «Бронхиальная астма», 2021).
Физиологические изменения, происходящие при беременности, могут вызвать как ухудшение, так и улучшение течения БА. Беременность может влиять на течение БА, а сама астма может влиять на беременность.
Беременным со среднетяжелой и тяжелой астмой рекомендуется тщательное наблюдение для сохранения хорошего контроля. Контроль БА, уменьшая риск возможных осложнений, важен во время беременности как для матери, так и для ребенка.
Курящим беременным с БА рекомендуется отказ от курения. Важно, чтобы женщины, которые курят, знали, что это опасно как для самой женщины, так и для ее ребенка.
Среди болезней бронхолегочной системы у беременных чаще всего встречают БА (5% случаев).
При БА в большинстве случаев беременность не противопоказана. Однако неконтролируемое ее течение, частые приступы удушья и, как следствие, гипоксия могут привести к развитию осложнений у матери и у плода. Так, ПР развиваются у 14,2% беременных с БА, угроза прерывания беременности возникает у 26%, ЗРП — у 27%, гипотрофия — у 28%, гипоксия у плода и асфиксия при рождении — у 33%, ПЭ — у 48%. Частота оперативного родоразрешения при БА составляет 28%. В отличие от других иммунологических заболеваний (аутоиммунные заболевания соединительной ткани, гломерулонефриты и др.) женщины не отмечают более легкого течения болезни во время беременности.
()
Во время беременности происходит расширение просвета бронхов и увеличение их проходимости, уменьшение интенсивности иммунного ответа, увеличение уровня эндогенного кортизола, преднизолона, гистаминазы в плазме крови. Эти факторы способствуют улучшению течения БА. Однако физиологическая гипервентиляция, гиперэстрогения как следствие — гиперреактивность бронхиального дерева, угнетение клеточного иммунитета, появление антигенов плода могут провоцировать приступы БА у беременных. Таким образом, являясь гетерогенным заболеванием, БА во время беременности может протекать по-разному.
Планируя беременность, пациентки с БА должны пройти обучение в школе для больных БА. Беременная должна придерживаться гипоаллергенной диеты, санировать очаги инфекции, максимально уменьшить контакт с аллергенами, прекратить активное и исключить пассивное курение.
Медикаментозная терапия. В настоящее время принят ступенчатый подход к терапии БА (частота приема лекарственных средств обратно пропорциональна течению заболевания).
Лекарственные средства, назначаемые при БА, разделяют на две группы.
Базисные препараты (принимают ежедневно, длительно с целью достижения эффекта лечения персистирующей БА):

- ();

ингаляционные глюкокортикоиды наиболее эффективные препараты

- ;

системные глюкокортикоиды

- ;

кромоглициевая кислота

- ;

недокромил натрия

- ;

теофиллины замедленного высвобождения

-

ингаляционные β2-адреномиметики длительного действия.
Симптоматические препараты (средства скорой или неотложной помощи, препараты быстрого облегчения; устраняют бронхоспазм и облегчают сопутствующие симптомы):

- ;

быстродействующие ингаляционные β2-адреномиметики

- ;

системные глюкокортикоиды

- ;

ингаляционные антихолинергические препараты

- ;

теофиллины короткого действия

-

пероральные β2-адреномиметики короткого действия; беременным предпочтительнее назначать ингаляционные формы, так как они создают высокие концентрации препарата в дыхательных путях при минимуме системных эффектов.
Короткодействующие β-агонисты или их комбинацию с ипратропия бромидом у беременных с БА рекомендуется использовать по обычным показаниям (КР «Бронхиальная астма», 2021).
Длительно действующие β-агонисты, ингаляционные глюкокортикостероиды, ксантины (оральные и внутривенные) и пероральные глюкокортикостероиды у беременных с БА рекомендуется использовать по обычным показаниям.
Пероральные глюкокортикостероиды не должны быть исключены из-за беременности.

Прием антагонистов лейкотриеновых рецепторов рекомендуется продолжить у беременных, которые достигли значительного улучшения контроля на этих препаратах до беременности и не могут достичь его на других лекарствах.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

. Беременным с обострением БА рекомендуется назначать ту же терапию, как и у небеременных.
Лечение обострений БА во время беременности
Тяжелое обострение БА у беременных рекомендуется лечить в стационаре для наблюдения за состоянием плода. Для женщин с плохим контролем БА необходим контакт между врачом-пульмонологом и врачом — акушером-гинекологом для раннего перевода женщины с тяжелым обострением БА в реанимационное отделение.
При наличии у беременной пациентки с БА гипоксемии рекомендуется немедленное назначение ингаляторного введения кислорода в высоких дозах для поддержания сатурации не ниже 94–95%.
. Информируйте женщин о следующем:
Лечение БА во время родов

- приступ БА редко развивается в родах;
- необходимо продолжать прием препаратов для лечения БА во время родов.

В отсутствие обострения БА КС проводится по обычным акушерским показаниям.
Если беременной с БА показана анестезия, то региональная блокада более предпочтительна, чем общий наркоз.
Простагландины F2α рекомендуется использовать с осторожностью из-за риска вызвать бронхоспазм.
. Пациенткам с БА рекомендуется грудное вскармливание. Женщинам, кормящим грудью, рекомендуется использовать базисную противоастматическую терапию как обычно.
Терапия БА у кормящих грудью женщин

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Генитальный герпес
По МКБ-10 — A60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция ( ).
Herpessimplex
Это хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, которое вызывается ВПГ-2 или -1 (КР «Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция», 2021).
ВПГ является дерматонейротропным ДНК-содержащим вирусом, относящимся к подсемейству α-герпесвирусов семейства .
Herpesviridae
В очаге инокуляции происходит размножение ВПГ в эпителиоцитах, далее вирусы проникают в кровяное русло и лимфатическую систему, внедряются в нервные окончания кожи и слизистых оболочек. Продвигаясь центростремительно по аксоплазме, ВПГ достигает периферических, затем сегментарных и региональных чувствительных ганглиев центральной нервной системы, где сохраняется пожизненно в нервных клетках (латенция в виде безоболочечных L и PREP-частиц). Полный цикл репродукции герпесвирусы проходят только в клетках эпителиального типа. Под воздействием триггерных факторов (стрессовые ситуации, ультрафиолетовое или радиоактивное облучение, иммунодефицитные состояния и др.) происходит реактивация вируса и манифестация заболевания.
Причиной большинства случаев генитального и, соответственно, неонатального герпеса является ВПГ-2 (70–80%). Однако в 20–30% случаев ввиду распространения орогенитальных половых контактов эта инфекция может обусловливаться ВПГ-1.
В эпидемиологии генитального герпеса важное значение имеет бессимптомное вирусовыделение: до 70% передачи генитального герпеса происходит при бессимптомном течении инфекционного процесса у инфицированного лица.
В Российской Федерации заболеваемость аногенитальной вирусной инфекцией в 2018 г. составила 11,4 случая на 100 000 населения, в том числе среди детей 0–14 лет — 0,17 на 100 000 соответствующего населения, среди лиц 15–17 лет — 7,6 на 100 000 соответствующего населения, среди взрослых лиц — 14,0 на 100 000 соответствующего населения.
Распространенность ВПГ-2-инфекции среди женщин колеблется от 7 до 40%, но только у 5% инфицированных женщин имеются клинические проявления генитального герпеса, в остальных случаях он протекает субклинически или бессимптомно.
.
Пути инфицирования

- У взрослых лиц:

- половой контакт — инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным герпетической инфекцией как при наличии клинической симптоматики герпетической инфекции у партнера, являющегося источником заболевания, так и при ее отсутствии, но в период выделения вируса (риск передачи вируса максимален при манифестации заболевания, а также в продромальный период);
- аутоинокуляция — спонтанная (самопроизвольная) иммунизация организма микробами и их продуктами, поступающими в кровь из местного очага инфекции.
- У детей:

- трансплацентарный (редко);
- половой контакт;
- контактно-бытовой (при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми);
- аутоинокуляция.

A60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция ():
МКБ-10. H. simplex

- A60.0 Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта;
- A60.1 Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки;
- A60.9 Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная.

В клинической практике различают первичный клинический эпизод аногенитального герпеса; рецидивирующий аногенитальный герпес и первичный эпизод латентно текущей инфекции ВПГ.
Также заболевание классифицируют:

- по тяжести течения: легкая (1–2 обострения в течение года), средней тяжести (3–5 обострений в течение года), тяжелая (6 обострений и более в течение года) формы;
- по клинической картине — типичный и атипичный генитальный герпес;
- по локализации:

- герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта:

- герпетический уретрит;
- герпетический вагинит;
- герпетический цервицит;
- герпетический цистит;
- герпетическая инфекция перианальных кожных покровов и прямой кишки.

Первичный эпизод характеризуется выраженной клинической картиной, может сопровождаться общим недомоганием и подъемом температуры тела до субфебрильных цифр.
Объективные симптомы.
Манифестная (типичная) форма генитального герпеса:

- гиперемия и отечность кожных покровов и слизистых оболочек в области поражения: у мужчин в области полового члена, мошонки, лобка, промежности, перианальной области; у женщин — в области вульвы, клитора, влагалища, шейки матки, лобка, промежности, перианальной области;
- единичные или множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым, нередко билатеральные, на гиперемированном основании, локализующиеся в области поражения;

- после вскрытия везикулезных элементов образуются поверхностные, покрытые сероватым налетом эрозии размером 2–4 мм соответственно числу бывших пузырьков или сплошная эрозия с гладким дном и неподрытыми краями, окруженными ярко-красным ободком; при присоединении вторичной инфекции отмечается появление гнойного экссудата;
- увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Тяжесть и продолжительность клинических проявлений при рецидивах генитального герпеса, как правило, менее выражены, чем при первом эпизоде заболевания.
Атипичные формы генитального герпеса могут быть представлены:

- эритемой и отеком без развития элементов сыпи (абортивная форма);
- очагом поражения в виде зудящего пятна различной величины с неправильными очертаниями и нечеткими границами розоватого цвета (эритематозная форма);
- выраженным отеком подкожной жировой клетчатки без формирования пузырьков (отечная форма);
- рецидивирующими трещинами кожи и слизистой оболочки половых органов и/или перианальной области, сопровождающимися зудом, которые самостоятельно эпителизируются в течение 4–5 дней (форма трещин);
- язвочками, образующимися из пузырьков, после заживления которых формируются атрофичные рубчики (эрозивно-язвенная форма);
- единичными или множественными везикулезными элементами с геморрагическим содержимым (геморрагическая форма);
- длительно незаживающими язвами, трансформировавшимися из эрозий, образовавшихся после вскрытия пузырьков (язвенно-некротическая форма);
- одним многокамерным пузырем (буллезная форма).

Рецидивы при инфицировании ВПГ 2-го типа возникают раньше и чаще, чем при инфицировании ВПГ 1-го типа и сопровождаются более выраженной клинической симптоматикой.
ПЦР на ВПГ мазка из цервикального канала проводят беременным с выявленной ранее герпетической инфекцией. Определение IgG, IgM к ВПГ 1-го и 2-го типов проводят всем пациенткам с привычным невынашиванием (при подозрении на его инфекционную этиологию).
Обычно герпетическая инфекция протекает доброкачественно, но может приобретать и крайне тяжелые формы, особенно на фоне иммунодефицитного состояния, приобретенного или физиологического, как это происходит в случае с новорожденными.
Неонатальное инфицирование ВПГ от матери происходит достаточно редко и, по последним данным, колеблется от 1 случая на 2000 (0,05%) до 1 случая на 60 000 (0,002%) живорожденных.
Внутриутробная ВПГ-инфекция 2-го типа встречается редко — примерно в 5% случаев. Обычные ее проявления — поражение кожи, хориоретинит и нарушения центральной нервной системы (микро- или гидроцефалия). Внутриутробное инфицирование на поздних сроках беременности проявляется ранним развитием клинической картины неонатальной инфекции (1-е сутки) у детей, рожденных даже в результате КС. Имеются предположения, что внутриутробная инфекция, развивающаяся чаще всего на фоне виремии при первичном генитальном герпесе во время беременности, может сопровождаться самопроизвольными выкидышами, ПР, ЗРП.
В подавляющем большинстве случаев инфицирование новорожденного происходит при его прохождении по родовому каналу (85%), при этом передача инфекции возможна как при наличии очагов повреждения в области шейки матки и вульвы, так и при бессимптомном выделении вируса.
Факторами риска неонатальной передачи ВПГ-инфекции являются:

- ;

наличие первичного или рецидивирующего генитального герпеса во время беременности

- ;

низкий уровень материнских типоспецифических нейтрализующих антител, перешедших к плоду трансплацентарно, или местных антител, связывающих вирус непосредственно в генитальном тракте

- ();

инвазивные акушерские процедуры амниотомия, наложение электродов на головку плода и т.д. и длительный безводный промежуток в родах

- ().

дискордантная пара серонегативная женщина и серопозитивный партнер: риск сероконверсии во время беременности — 10%
Лечение показано : ацикловир в дозе 400 мг 3 раза в сутки 7–10 дней на любом сроке беременности или валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки 7–10 дней на любом сроке беременности.
при первичном эпизоде заболевания во время беременности
При рецидивах генитального герпеса во время беременности, сопровождающихся болью, лихорадкой, паховой лимфаденопатией и другими симптомами, возможно назначить ацикловир (по 400 мг 3 раза в день или по 200 мг 5 раз в день) или валацикловир (по 500 мг 2 раза в день) в течение 3–5 дней на любом сроке беременности. Как при первичном эпизоде, так и при рецидивах генитального герпеса терапия может быть назначена на меньшее или большее число дней в зависимости от длительности и тяжести заболевания. В случае тяжелых и диссеминированных форм заболевания ацикловир может быть назначен внутривенно в дозе 5 мг/кг массы тела каждые 8 ч в течение 2–7 дней с последующим переходом на пероральный прием препарата.
КС в качестве профилактики неонатального герпеса необходимо планировать всем беременным, у которых первичный эпизод возник после 34-й недели беременности, так как в этом случае существует значительный риск вирусовыделения во время родов.
Если родоразрешение через естественные родовые пути неизбежно, необходимо проводить лечение матери и ребенка:

- ацикловир по 200 мг 5 раз в сутки перорально 5–10 дней или
- ацикловир по 400 мг 3 раза в сутки перорально 5–10 дней;
- валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки 5–10 дней.

Рекомендуемый режим супрессивной терапии при рецидивирующем генитальном герпесе при беременности (SND, 2015):

- ацикловир по 400 мг 3 раза в сутки перорально или
- валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки перорально.

Лечение рекомендуется начинать с 36-й недели беременности и продолжать до родов.
Рекомендовано для профилактики неонатального герпеса при излитии околоплодных вод у пациенток с клиническими проявлениями генитального герпеса рассмотреть вопрос о родоразрешении путем КС в неотложном порядке.
В качестве комплексного лечения герпетических заболеваний урогенитального тракта, в том числе осложненных бактериальной или другими вирусными инфекциями, возможно назначение препарата Суперлимф.
♠

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Для лечения инфекции в стадии обострения препарат применяют вагинально 25 ЕД по 1 суппозиторию 1 раз/сут или 10 ЕД по 1 суппозиторию 2 раза/сут утром и вечером. Длительность курса от 10 до 20 дней.
Для профилактики рецидива вирусной инфекции применяют препарат 10 ЕД по 1 суппозиторию 1 раз/сут, возможно чередование ректального и вагинального способов введения. Длительность курса — 10 дней. С целью профилактики возможных рецидивов допускаются повторные курсы последовательно или через 1–2 мес.

Глава IV. Акушерская помощь в женской консультации

Список литературы

- Schindler A.E. Progestational effects of dydrogesterone in vitro, in vivo and on the human endometrium // Maturitas. 2009. Vol. 65. Suppl. 1. P. S3–S11.
- Schindler A.E., Campagnoli C., Druckmann R. et al. Classification and pharmacology of progestins // Maturitas. 2008. Vol. 61. P. 171–180.
- Jong-Wook S., Dong-Yun L., Byung.-K.Y., DooSeok C. Effects of long-term postoperative dienogest use for treatment of endometriosis on bone mineral density // Eur. J. Obste. Gynecol. Reprod. Biol. 2017. Vol. 212. P. 9–12.

- Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Дюфастон® от 19.02.2020.
- Дубровина С.О., Берлим Ю.Д. Медикаментозное лечение боли, связанной с эндометриозом // Акушерство и гинекология. 2019. № 2. С. 34–40.
- Репродуктивная медицина: новые горизонты хорошо известных методов лечения // Мать и дитя. 2020. Т. 19. № 1.
- Лекарственное обеспечение клинических протоколов. Акушерство и гинекология / Под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 304 с.
- Orazov M.R., Radzinsky V.Y., Khamoshina M.B. et al. The effcacy of combined management of endometriosis-associated infertility // Int. J. Pharmaceutical Res. 2019. Vol. 11. N. 3. P. 1001–1006.
- Тетруашвили Н.К., Агаджанова А.А. Дидрогестерон в лечении угрожающего и привычного выкидыша // Медицинский совет. 2018. № 13. С. 34–38.
- Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. и др. Бесплодие, ассоциированное с эндометриозом: от легенды к суровой реальности // Трудный пациент. 2019. Т. 17. № 1–2.
- Heikinheimo O., Fraser I. The current status of hormonal therapies for heavy menstrual bleeding // Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2017. Vol. 40. P. 111–120.
- Heavy menstrual bleeding: assessment and management (NG88). NICE, 2018. nice.org.uk/guidance/ng88
- Tajjamal A., Zaman F. Severity of bleeding is a predictor of quality of life in women with heavy menstrual bleeding under dydrogesterone treatment in a prospective, multicentre, observational study // Gazz Med. Ital. 2015. Vol. 174. N. 9. P. 391–398.
- Schweppe K.W. The place of dydrogesterone in the treatment of endometriosis and adenomyosis // Maturitas. 2009. Vol. 65. Suppl. 1. P. S23–S27.
- Xu A., Cao X., Lu Y. et al. A Meta-Analysis of the Relationship Between Maternal Folic Acid Supplementation and the Risk of Congenital Heart Defects // Int. Heart J. 2016. Vol. 2. N. 57 (6). P. 725–728.
- Czeizel A.E., Dudαs I., Paput L. et al. Prevention of neural-tube defects with periconceptional folic acid, methylfolate, or multivitamins? // Ann. Nutr. Metab. 2011. Vol. 58. N. 4. P. 263–271.
- Barua S., Kuizon S., Junaid M.A. Folic acid supplementation in pregnancy and implications in health and disease // J. Biomed. Sci. 2014. Vol. 19. N. 21. P. 77.
- Методические рекомендации МР 2.3.1.2432-08. «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации». М., 2008.
- Коденцова В.М., Вржесинская О.А. Витамины в питании беременных и кормящих женщин // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2013. Т. 12. № 3. С. 38–50.
- Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Растительный препарат Канефрон Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей // Врачебное сословие. 2005. № 4–5. С. 1–4.
- Серов В.Н., Баранов И.И., Ткаченко Л.В. и др. Оценка опыта применения комбинированного растительного препарата у беременных (многоцентровое ретроспективное наблюдательное исследование) // Акушерство и гинекология. 2013. № 9. С. 105–112.
- Локшин К.Л. Сравнительная эффективность стандартной антибиотикотерапии и терапии препаратом Канефрон Н при бессимптомной бактериурии у беременных // Урология. 2018. № 3. С. 62–65.
- Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ № 14 «Цистит у женщин», 2021. Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru). Доступ от 01.02.2021.
- Инструкция по медицинскому применению препарата Суперлимф.
®
- Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Межеветинова Е.А. и др. Алгоритм обследования и лечения женщин при неспецифическом вагините // Алгоритмы диагностики и лечения. Приложение № 6, 2020.
- Тетерина Т.А., Аполихина И.А. Современные парадигмы диагностики и лечения неосложненного цистита у женщин // Алгоритмы диагностики и лечения. Приложение № 12, 2020.
- Прилепская В.Н., Назарова Н.М., Межевитинова Е.А. и др. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия. LSIL (CIN I): тактика ведения, профилактика рецедивов // Акушерство и гинекология. Приложение № 12, 2020.
- Тапильская Н.И., Толибова Г.Х., Объедкова К.В. и др. Алгоритм лечения и диагностики хронического эндометрита // Акушерство и гинекология. Алгоритмы диагностики и лечения. Приложение № 3, 2022.
- Дикке Г.Б., Суханов А.А., Остроменский В.В., Кукарская И.И. Течение и исходы беременности у пациенток с хроническим эндометритом и нарушением репродуктивной функции, получавших комплексное лечение с использованием препарата Суперлимф (рандомизированние клиническое исследование «ТЮЛЬПАН») // Акушерство и гинекология. № 1. 2023.
- Dolk H.M., Nau H., Hummler H., Barlow S.M. Dietary vitamin A and teratogenic risk: European Teratology Society discussion paper // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1999. Vol. 83. N. 1. P. 31–36.
- Schmitt C., Domangé B., Torrents R., de Haro L., Simon N. Hypervitaminosis A Following the Ingestion of Fish Liver: Report on 3 Cases from the Poison Control Center in Marseille // Wilderness Environ Med. 2020. Vol. 31. N. 4. P. 454–456.
- Bastos Maia S., Rolland Souza A., Costa Caminha M. et al. Vitamin A and Pregnancy: A Narrative Review // Nutrients. 2019. Vol. 11. N. 3. P. 681.
- Keats E.C., Haider B.A. et al. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy // Cochrane Database Syst Rev. 2019. N. 3. P. CD004905.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Гинекологическое обследование

Современная программа развития амбулаторного звена гинекологической помощи предполагает радикальное расширение диагностических и лечебных ресурсов ЖК. Организация операционных, дневных стационаров, кабинетов функциональной диагностики при них дает возможность применять высокотехнологичные методы диагностики и лечения, которые ранее были доступны исключительно в условиях гинекологических стационаров (см. рекомендации, касающиеся хирургического лечения в дневном стационаре).

Однако никакие высокоточные приборы и новейшие инструменты к обследованию пациенток. Основная работа гинеколога ЖК заключается в .

не способны заменить клиническое мышление и классические подходы **грамотной поэтапной диагностике гинекологических заболеваний и оздоровлении пациенток в амбулаторных условиях**

Качественное, постоянно совершенствующееся в связи с внедрением новых методов обследование женщин с гинекологическими заболеваниями, — трудоемкая и кропотливая работа. В современных реалиях обновления известных и появления новых возможностей оно включает:

- клинические методы (сбор анамнеза, осмотр, специальное гинекологическое исследование);
- дополнительные методы: их суть — достоверная диагностика на основании нозологических единиц в соответствии с МКБ.

визуализации и лабораторного подтверждения диагностических критериев

: УЗИ состояния органов малого таза, включая эхогистеросальпингоскопию и промежностное сканирование (!), эндоскопические методы (кольпоскопия, цервикогистероскопия, офисная гистероскопия), рентгенодиагностика ( ) в настоящее время — арсенал не только стационара, но и ЖК.

Инструментальные методы*возрожденнаяГСГ*

— биохимические анализы, определение гормонов и их метаболитов (по конкретным показаниям, требуют умения грамотно трактовать результаты исследований); функциональные гормональные пробы; оценка состояния микробиоты влагалища, шейки матки и эндометрия, а также выявление возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов; цитологическое исследование, тканевая биопсия, гистологическое исследование, цитогенетическое исследование и иммуногистохимические методы — реального будущего диагностики.

Лабораторные методы

. В Российской Федерации для женщин с 18 лет предусмотрено ежегодное посещение гинеколога (фельдшера или акушерки) в рамках профилактического осмотра или первого этапа диспансеризации, даже если у них нет никаких жалоб (). Казалось бы, у нас в руках простой и доступный ресурс сохранения женского здоровья. Но на практике картина удручающая: запущенные формы гинекологического рака, миомы матки и доброкачественные кисты/опухоли яичников больших размеров, а также распространенные формы эндометриоза в основном диагностируются у женщин, . В ЖК имеются все возможности формировать у женщин культуру профилактики и заботы о своем здоровье, но часто это встречает сопротивление со стороны большинства пациенток. Этот «» по отношению к собственному здоровью вполне образованных женщин — следствие низкой санитарной культуры населения в целом. По данным профессора С.И. Роговской, 20% женщин с высшим образованием и 33% без него для выявления предраковых и онкологических заболеваний молочной железы и половых органов. Будучи реалистами, мы понимаем отсутствие в ближайшем будущем перспектив адекватного репродуктивного просвещения в школах и тот факт, что в современных условиях информационно-просветительские функции по вопросам охраны репродуктивного здоровья женского населения страны стихийно возложены на участкового акушера-гинеколога. Зачастую это первый врач (иногда второй —

при налаженной работе семейного или подросткового врача), с которым встречается девушка, «переданная» из детской поликлиники во взрослую. Именно поэтому так важен начальный момент взаимодействия юной женщины с врачом. Первое общение с пациенткой закладывает основу доверительных, уважительных и продуктивных взаимоотношений.
Клиническиеметодыприказ № 404н*не проходивших регулярные обследования у гинекологапофигизм***ни разу не проходили скрининг Гинеколог должен максимально** *использовать навыки пропедевтики и научиться создавать такие условия, при которых пациентка была бы готова и могла обсуждать с ним все тревожащие ее вопросы, активно участвовать в принятии решения о предполагаемых методах обследования и последующего лечения, а главное — не избегать в будущем ежегодных профилактических приемов у гинеколога.*
Для построения таких взаимоотношений гинеколог обязан обладать навыками общения с пациентками и проявлять эмпатию. Причины халатного отношения к своему здоровью не всегда только в женщинах, но и в недостатках консультирования гинекологами. Наглядный пример источника отрицания ценности визита к гинекологу продемонстрировали российские социологи в ходе исследования взаимодействия гинекологов со своими пациентками.
«На прием вошла молодая женщина, лет сорока, в синтетическом свитере, непрокрашенные корни волос. Говорит тихо, отвечает на вопросы, почему-то бахилы держит в руках, смущается, не знает, куда ступить можно, теребит руками потрепанный полис...

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Гинеколог женщина 49 лет, работает в ЖК, по совместительству врач в частной клинике, стаж работы в ЖК 17 лет.
Гинеколог: В 2004 г. были последний раз. Не страшно? Надо ходить! Хотя бы раз в год появляться! <...> По циклу предохраняетесь? Это как? Медицинскую литературу не читаем, да? Мы давно уже не живем по циклу, с перестройки уже! Вляпаетесь ведь, голуба! А ведь аборты бесследно не проходят! <...> Тем более миому тебе уже ставили. А че, правильно. Вот умирать будешь, может, спасут, а может, и нет!..»
(Тёмкина А. Контрацептивные практики российских женщин: безопасность и медикализация // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы. Сборник статей / под ред. Е. Здравомысловой и А. Тёмкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб, 2011. С. 210–239.)
По сути все правильно, но форма общения перечеркивает все благие намерения врача. Подобные «консультации» — одна из преодолимых причин растущей гинекологической заболеваемости среди россиянок.
Гинекологу стоит проявлять участие в оздоровлении не только репродуктивной системы пациентки, но и организма в целом, направляя женщину к смежным специалистам, способным разобраться с беспокоящими ее симптомами. Касаясь интимной сферы жизни, врач должен быть деликатен и четко понимать, какой вклад в диагностику и лечение вносит ответ на конкретный вопрос.
Ознакомление с анамнезом позволяет определить направление дальнейшего объективного обследования, выбор методов диагностики и последовательность их применения (рис. 5.1).

Алгоритм сбора анамнеза
Рис. 5.1.
Правильно собранный анамнез — 60% успеха в установлении диагноза.
Какие поводы, жалобы побуждают женщину к обращению к гинекологу? Одна из самых частых жалоб в амбулаторной гинекологии — .
выделения из половых путей
Основы сбора анамнеза.
Выясняются:

- ;

основная жалоба

- ;

дополнительные жалобы

- ();

скрытые жалобы те, что пациентка может постесняться предъявить, например недержание мочи, диспареуния

- ();

перенесенные заболевания инфекционные, соматические и оперативные вмешательства

- ();

сведения о вакцинации с учетом возраста

- ;

менструальная и репродуктивная функции, характер контрацепции

- ;

гинекологические заболевания, диагностические процедуры и операции на половых органах

- ();

акушерский анамнез течение и исходы беременностей, родов и послеродового периода

- ;

семейный анамнез

- ();

тромботический анамнез наличие тромбоэмболий у родственников первой линии — матери, отца, братьев, сестер до 50–55 лет — и наличие или отсутствие венозной тромбоэмболии у женщины

- ;

образ жизни, питания, вредные привычки, условия труда и быта

- ;

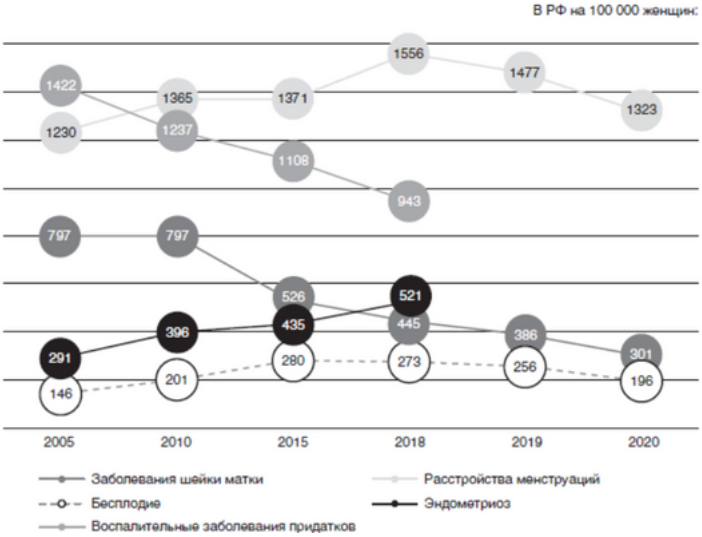
история настоящего заболевания

- ().

лекарственный анамнез какие препараты и биологически активные добавки принимала ранее и/или принимает в настоящее время
()
В среднем жительница РФ посещает 4,2 от 2 до 9 врача до установления причины беспокоящих ее выделений.Треть из них не получают адекватной помощи и продолжают жить с патологическими выделениями либо занимаются самолечением.
Зачастую это связано не только с дефицитом знаний у врача, но и отсутствием доступной материальной базы (например, зондов). Создать «» , доступный для оценки микробного пейзажа, количества лейкоцитов, эпителия и прочего, . В итоге массового применения ненадлежащего инструментария почти у всех обратившихся женщин мазки имеют II–III степень чистоты, и это является поводом для постановки ложного диагноза и как следствие — назначения антисептиков, антимикотиков, антибиотиков и прочих интравагинальных средств. Врач (вольно или невольно) является причиной рецидивирующих нарушений влагалищного биоценоза, к сожалению, трудно поддающегося восстановлению. Знанием современных технологий должны быть вооружены и руководители подразделений (главврач, начмед, заведующий ЖК, старшая акушерка и др.), и эти знания должны быть реализованы в своевременной закупке необходимых инструментов и оборудования, предусмотренных нормативными документами.

тонкиймазок *шпателем невозможно*
Показатели гинекологической заболеваемости (рис. 5.2) за последние 15 лет претерпели ряд изменений: увеличивалось, а с 2018 г. снижалось количество «истинных» гинекологических заболеваний, в первую очередь связанных с . Снижается число воспалительных заболеваний, диагноз которых устанавливали на основании осмотра женщины на кресле и обнаружения болезненности в области придатков или органов малого таза. Отныне любой диагноз должен быть верифицирован в соответствии с КР: требуются визуализирующие и/или лабораторные (морфологические) подтверждения любого диагноза, подразумевающего воспалительный процесс. Широкое применение визуализирующих методик (УЗИ, МРТ, лапароскопия, гистероскопия и др.) привело к существенному повышению качества диагностики и возможности верификации таких болезней, как эндометриоз, миома матки, варикозное расширение вен малого таза и др. Вместе с тем диагноз «хроническая тазовая боль» — синдром, которым страдают до 25% женщин мира, — российские гинекологи почти не ставят, несмотря на то что в большинстве цивилизованных стран этот диагноз — самый частый. Данные разноплановых исследований и официальной статистики последних десятилетий отражают достоверные взаимосвязи «эколого-репродуктивного диссонанса», различия между образом жизни современной женщины и биологической программой, в соответствии с которой функционирует ее репродуктивная система на протяжении тысячелетий. Этот диссонанс привел к глобальному росту распространенности пролиферативных заболеваний (миома матки, ГЭ, ДДМЖ) и аномальных маточных кровотечений (АМК) (см. раздел «Расстройства менструации») у женщин репродуктивного возраста. Еще столетие назад репродуктивный сценарий подразумевал менархе в 15 лет, замужество и коитархе в 15–17 лет. Затем беременность, роды, длительный период лактации и через короткое время — вновь беременность, и так на протяжении всей репродуктивной жизни. Портрет нашей современницы — это менархе до 14 лет, поздние первые роды, малодетность и 400–450 менструальных циклов и более 100 овуляций, потраченных «вхолостую» в течение жизни. Гипотетически огромная нагрузка на молочные железы, яичники и эндометрий приводит к тотальной анемизации (ВОЗ, 2017), истощению физиологических возможностей организма и гинекологическим болезням, прежде всего пролиферативным.
расстройством менструацийРеальная диагностика, коллегиальное ведение пациентки совместно со смежными специалистами резко снижает число ложных диагнозов «аднексит»/«хронический эндометрит» и безосновательное назначение антибиотиков.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации



Показатели гинекологической заболеваемости
Рис. 5.2.
начинается с появления пациентки на пороге кабинета врача: ожирение, гиперемированное лицо — два достоверных фактора риска РЭ; о третьем женщина охотно сообщит: «Да, месяц назад глюкоза натощак была 8,4, у меня диабет 12 лет, лечусь нерегулярно». Вот и начало диагностического поиска опухоли, для которой в мире нет скрининга, — исключаем РЭ! Если в консультации нет доврачебного приема, то в каждом кабинете врача должны быть весы и ростомер. В эпоху мировой «тихой эпидемии» прием без взвешивания, проводиться не должен! Отсутствие этих измерений в амбулаторной карте сегодня — ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, и ссылки на нехватку времени несостоятельны. При осмотре определяют тип телосложения и обращают внимание на стигмы (низкий рост, бочкообразная грудная клетка и др.).
Осмотр *ожирения и диабета* **измерения роста и окружности талии, без расчета ИМТ**
Регистрируют:

- ;

наличие гипертрихоза/гирсутизма, алопеции
- ();

состояние кожи повышенная сальность, наличие акне, повышенной пористости на лице и в себорейных зонах
- ();

наличие полос растяжения стрии, их цвет, количество и расположение
- ()

наличие фолликулита и клинического маркера инсулинорезистентности — черного акантоза acantosis nigricans.
Гирсутизм — самый надежный клинический признак гиперандрогении. Для оценки гирсутизма в повседневной практике рекомендована к использованию модифицированная шкала Ферримана–Галлвея (Ferriman–Gallwey score, 1961) (рис. 5.3). Она оценивает распространенность терминальных волос в девяти андрогензависимых зонах по 5-балльной шкале (от 0 до 4 баллов; общий показатель может варьировать от 0 до 36 баллов).

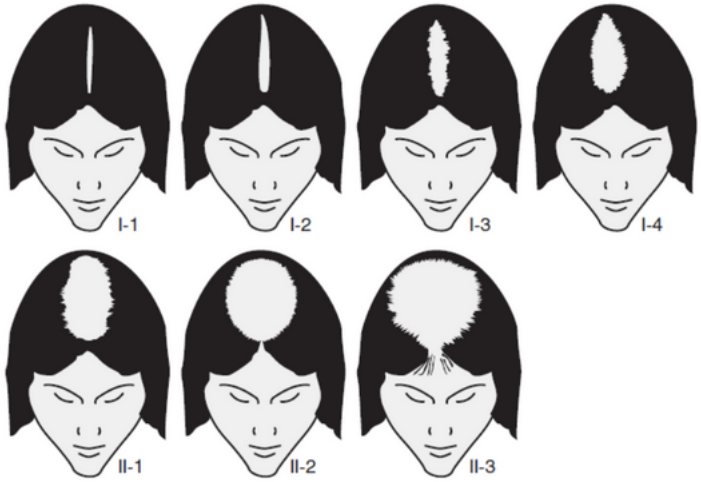
Шкала Ферримана–Галлвея

Рис. 5.3.

Согласно последним рекомендациям о гирсутизме, как правило, свидетельствует сумма баллов по модифицированной шкале Ферримана–Галлвея ≥4–6, однако имеются расовые особенности оценки гирсутизма.

У некоторых представительниц европеоидной и негроидной рас патогномоничным является повышение значения суммы баллов по указанной шкале ≥8. У представительниц Юго-Восточной Азии диагностически значимо повышение суммы баллов по данной шкале ≥3. Более выраженный гирсутизм характерен для женщин Ближнего Востока, Латинской Америки и Средиземноморья. Однако степень гирсутизма при СПКЯ не всегда коррелирует со степенью избытка андрогенов. Тяжелый гирсутизм может наблюдаться при незначительном повышении уровня андрогенов в сыворотке крови, а значительное повышение показателей не всегда сопровождается гирсутизмом. Это несоответствие между уровнем гормонов и степенью выраженности гирсутизма отражает разную индивидуальную чувствительность ткани-мишени к этим гормонам (КР «Синдром поликистозных яичников», 2021).

Нет валидированных оценочных шкал для определения степени тяжести угревых высыпаний. Шкала Людвига предпочтительна для оценки степени выраженности алопеции (рис. 5.4).



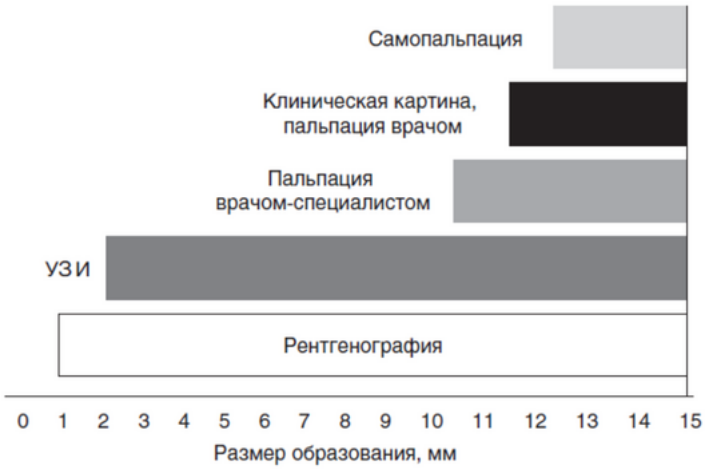
Шкала Людвига для определения степени поредения волос у женщин с андрогенетической алопецией

Рис. 5.4.

Наличие акне и алопеции без гирсутизма не являются надежными критериями гиперандрогении.

К клиническим маркерам инсулинорезистентности у пациенток со СПКЯ относится черный акантоз (папиллярно-пигментная дистрофия кожи в виде локализованных участков бурой гиперпигментации в области кожных складок, чаще шеи, подмышечных впадин, паховой области,

которые гистологически характеризуются гиперкератозом и папилломатозом).
. В соответствии с приказом № 1130н лечение доброкачественных заболеваний молочных желез осуществляется акушером-гинекологом (подробнее см. главу I).
Осмотр молочных желез
Осмотр проводят в положении стоя и лежа с последовательной пальпацией наружных и внутренних квадрантов железы (подробнее см. главу II, раздел «Маммологический скрининг»).
Основы осмотра и пальпации молочных желез.
()
У всех пациенток определяют отсутствие или наличие отделяемого из сосков, его цвет, консистенцию и характер. Выделения коричневого цвета или с примесью крови указывают на возможный злокачественный процесс или папиллярные разрастания в протоках; жидкие прозрачные или зеленоватые выделения характерны для кистозных изменений. Большое диагностическое значение имеет выделение молока или молозива. Наличие этого типа выделений, особенно при аменорее или олигоменорее, — один из возможных симптомов гиперпролактинемии, в том числе вызванной пролактинсекретирующей аденомой гипофиза. Пальпация молочных желез позволяет выявить опухолевидные образования в молочных железах и направить пациентку на дальнейшее обследование рис. 5.5.



Обследование молочных желез
Рис. 5.5.
Маммография может быть рекомендована пациенткам с 35 лет, скрининг на рак молочных желез — с 40 лет (см. раздел «Маммологический скрининг»).
. Кроме стандартных характеристик, определяемых при осмотре живота, обращают внимание на изменение формы живота при перемене положения тела (при наличии в брюшной полости свободной жидкости конфигурация живота легко меняется — в положении на спине он уплощается посередине, а в положении на боку становится плоским на противоположной стороне), избыточное отложение жира, отвислость, наличие стрий. Рубцы на животе после КС, гинекологических операций необходимо пальпировать (только так возможно своевременно выявить эндометриоз рубца).
Осмотр живота

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Антропометрические данные
Определение роста и массы тела позволяет оценить избыточную массу тела и степень ожирения по ИМТ, который определяют как отношение массы тела к росту в метрах квадратных. В норме ИМТ женщин репродуктивного возраста равен 18,5–24,9. Индекс от 25 до 30 свидетельствует об избыточной массе тела, свыше 30 — регистрируют ожирение (табл. 5.1, 5.2).
Классификация ожирения по индексу массы тела (Всемирная организация здравоохранения, 1997, с дополнением)
Таблица 5.1.

Тип массы тела	**ИМТ, кг/м^2,для популяции**		**Риск сопутствующих заболеваний**
	европеоидной	**азиатской**	
Нормальная масса тела	18,5–24,9	18,5–22,9	Средний для популяции
Избыточная масса тела	25,0–29,9	23,0–27,4	Повышенный
Ожирение I степени	30,0–34,9	27,5–32,4	Высокий
Ожирение II степени	35,0–39,9	32,5–37,4	Очень высокий
Ожирение III степени	Более 40,0	Более 37,5	Чрезвычайно высокий

Критерии избыточной массы тела и ожирения в различных популяциях*
Таблица 5.2.

	Раса	**Европеоиды**	**Азиаты**
Избыточная масса тела	ИМТ = 25,0–29,9 кг/м^2		
	ИМТ = 23,0–24,9 кг/м^2		
Ожирение	ИМТ ≥30 кг/м^2		
	ИМТ ≥27,5 кг/м^2		

* См. КР «СПКЯ», 2021.
. Измерение окружности талии для диагностики абдоминального (висцерального) ожирения осуществляют в самом узком месте фигуры, концы сантиметровой ленты сводят на уровне пупка. Показателем абдоминального (висцерального) типа ожирения (с которым и связаны более высокие риски нарушений углеводного обмена и сердечно-сосудистых заболеваний) у женщин является окружность талии . Абдоминальное ожирение характерно для пациенток с СПКЯ. Абдоминальное ожирение напрямую связано с инсулинорезистентностью. Измерение окружности талии — информативный и простой антропометрический метод, позволяющий выявить метаболические нарушения, поскольку этот показатель прямо коррелирует с количеством абдоминального жира. (КР «Синдром поликистозных яичников», 2021).
Измерение окружности талии>80 см
. Окружность бедер измеряют горизонтально в самом широком месте фигуры, на уровне трохантеров, сантиметровую ленту сводят над лобком. В норме индекс «талия/бедра» составляет у взрослой женщины 0,65–0,79.
Измерение окружности бедер, расчет индекса «талия/бедра»
() ()().
Международная федерация диабета 2005 рассматривает висцеральное ожирение, оцениваемое с помощью измерения ОЖ на уровне пупка, в качестве основного условия диагностики метаболического синдрома Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. М., 2018
Диагностические критерии метаболического синдрома у женщин:

- окружность талии ≥80 см (центральное, абдоминальное ожирение);

- сочетание с двумя и более следующими отклонениями:

- АД >140/90 мм рт.ст. или лечение АГ препаратами;
- повышение уровня триглицеридов (≥1,7 ммоль/л);
- снижение уровня холестерина, липопротеинов высокой плотности (<1,2 ммоль/л);
- повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (>3,0 ммоль/л);
- нарушенная гликемия натощак ≥6,1 ммоль/л;
- установленный диагноз «нарушение толерантности к глюкозе»;
- сочетание нарушенной гликемии натощак и НГТ (КР «Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом», 2013).

В КР «Синдром поликистозных яичников» (2021) нет критериев метаболического синдрома, но допустимо использование для диагностики метаболического синдрома у женщин следующих критериев:

- увеличение окружности талии (отличается в различных популяциях) (см. выше «Измерение окружности талии»);
- триглицериды ≥1,7 ммоль/л (≥150 мг/дл) или прием препаратов для лечения данного нарушения;
- липопротеиды высокой плотности <1,3 ммоль/л (<50 мг/дл);
- АД: систолическое АД ≥130 мм рт.ст. или диастолическое АД ≥85 мм рт.ст. или лечение ранее диагностированной АГ;
- глюкоза плазмы натощак ≥5,6 ммоль/л (≥100 мг/дл).

Для подтверждения метаболического синдрома необходимо наличие критериев.
трех из пяти
. Наружная пальпация имеет существенное значение в диагностике патологических процессов, локализующихся выше малого таза.
Пальпация
Путем пальпации удается определить локализацию, подвижность, плотность, болезненность опухоли, наличие свободной жидкости и др. При поверхностном ощупывании живота в случае заболевания брюшины обнаруживают одновременно два явления: болезненность при пальпации и напряжение мышц живота (так называемая мышечная защита): симптом Щёткина–Блюмберга во всех областях — признак разлитого перитонита, только в гипо- и мезогастральной области — пельвиоперитонита. Пальпация имеет также большое значение при определении грыж (паховой, бедренной, пупочной, белой линии).

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Наличие жидкости в животе (асцит) определяется методом флюктуации. Пальцами правой руки наносят короткие легкие толчки по левой половине живота, в зоне обнаружения тупости, которые при наличии в брюшной полости большого количества свободной жидкости ясно ощущаются левой ладонью. Асцит может быть первым клиническим проявлением рака яичников, а в современной гинекологической практике — тактически значимым симптомом синдрома гиперстимуляции яичников.
Пальпация живота позволяет до гинекологического осмотра в кресле выявить образования больших размеров (опухоль яичника или миому матки) и рекомендовать начинать гинекологическое УЗИ с осмотра трансабдоминальным датчиком (трансвагинальное УЗИ не всегда позволяет визуализировать образования малого таза больших размеров).
проводят при опорожненных мочевом пузыре и прямой кишке. Пациентку об этом должны заранее предупредить регистратор/система электронной записи на прием и до осмотра — акушерка, когда женщина уже пришла в консультацию.
Специальное гинекологическое исследование
Половая щель в норме сомкнута. Если врач может через нее заглянуть во влагалище, как через замочную скважину, у пациентки имеет место пролапс тазовых органов.
. Обращают внимание на степень и характер оволосения в области лобка и больших половых губ, степень развития малых и больших половых губ, состояние промежности [наличие деформации, старых разрывов и их выраженность, наличие патологических процессов (воспаление, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи)], состояние половой щели (), опущение стенок влагалища (самостоятельное и при натуживании). При разведении половых губ осматривают вульву и вход во влагалище, оценивая при этом окраску (бледность, цианоз), наличие и характер белей и патологических процессов (воспаление, кисты, изъязвления и др.), состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала и выводных протоков бартолиниевых желез, форму девственной плевы или ее остатков. осмотра женщины, и беда не в этом, а в отсутствии внимания к деталям наружного осмотра, вследствие чего несвоевременно выявляются пролапсы, бессимптомные болезни вульвы, бартолиниевых желез и влагалища.
*Осмотр наружных***половых органов** *сомкнута или зияет Увы, именно этих данных нет в протоколах*
Важно!
Следует оценить состояние тазового дна.Ослабленное тазовое дно и/или пролапс тазовых органов — «молчаливая эпидемия», требующая внимания гинеколога и оказания помощи женщине.
()
Двумя пальцами средним и указательным или только указательным необходимо надавить на мышцы промежности со стороны влагалища и пропальпировать мышцы. Затем необходимо определить **состояние тазового дна** *— наличие дефектов, расслабление, гипотрофия или атрофия мышц.*
Пролапс тазовых органов — основной диагноз, который игнорируется врачами. Синдром опущения тазового дна и органов малого таза встречается у 2,9–53,0% женщин и крайне негативно отражается на качестве жизни пациенток. Около половины больных с **пролапсом** *тазовых органов — женщины репродуктивного возраста.*
При зиянии половой щели и наличии других осложнений (рецидивирующие нарушения биотопа влагалища, нарушения ЖКТ и мочевыделительной функции) показано хирургическое лечение вне зависимости от возраста женщины.
Гипотрофия малых и больших половых губ, бледность и сухость слизистой оболочки влагалища — клинические признаки .
гипоэстрогении
«Сочность» слизистой оболочки, вульвы и влагалища, обильная секреция шеечной слизи — так называемый феномен зрачка — признаки .
нормо- илигиперэстрогении
После наружного осмотра, до введения зеркал, проводится pH-метрия влагалища.
. Один из простых, дешевых и доступных методов в клинический практике — определение при помощи тест-полосок или специальных зеркал с вмонтированными тестерами, электрических pH-метров. Это позволяет косвенно определить нормоценоз (pH соответствует кислой среде) или нарушения влагалищного биотопа (промежуточные и щелочные значения pH). В случае определения показано дообследование женщины с целью исключения или подтверждения БВ, вагинита или атрофии.
Офисная диагностика нарушений биоценоза влагалища *кислотности влагалищного отделяемого* **pH более 4,4–4,6**
. .
Если женщина не предъявляет жалоб на патологические выделения и pH 4,4 и ниже, **дальнейшее исследование микробиома нецелесообразноНазначение анализов на все инфекции не показано**
методом оценки влагалищной микробиоты является — правильно взятый мазок из верхнебокового свода влагалища и грамотная оценка его врачом-лаборантом (см. «Лабораторные методы диагностики», рекомендации, касающиеся лабораторных методов диагностики).
Основныммикроскопия
. В целом метод устарел как малоинформативный, и был вытеснен ПЦР в реальном времени. Однако посев содержимого влагалища для выявления вида грибов рода показан в случае рецидивирующего кандидоза вульвы и влагалища («КР по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин», 2019), а также при выявлении редких возбудителей вагинита методом ПЦР (например, стрептококков или стафилококков) с целью определения чувствительности к антибиотикам и выбора адекватного лечения (см. рекомендации, касающиеся лабораторных методов диагностики).
Микробиологическое исследование (посев) отделяемого влагалища*Candida*
КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов» (2021) также содержат рекомендации всем пациенткам с подозрением на ВЗОМТ проводить микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.
При взятии биологического материала для культурального исследования необходимо придерживаться следующих правил: биологический материал следует брать из влагалища или из цервикального канала [с помощью ватного тампона (дакронового) в стерильную пробирку с транспортной средой]; материал, полученный в процессе хирургического вмешательства (перитонеальная жидкость, содержимое абсцесса, фаллопиевых труб, эндометрия и др.) — с помощью ватного тампона (дакронового) в стерильную пробирку с транспортной средой или шприцом в стерильный лабораторный контейнер (для тканей и жидкостей).
Культуральное исследование позволяет выявить условно-патогенные микроорганизмы (, , и др.) и более редкие возбудители (например,).
EnterobacteriaceaeStreptococcusгрупп A и BEnterococcusActinomyces
После осмотра наружных половых органов и определения pH проводят осмотр с . Трансвагинальное УЗИ без осмотра в зеркалах и полноценного бимануального исследования пациентки — недопустимая ошибка и ненадлежащее выполнение врачебных обязанностей.
В практике зачастую осмотр с помощью зеркал — причина отказа посещать гинеколога регулярно. В ЖК , включая самый маленький

(рис. 5.6). Нет никаких особых причин приобретать зеркала одного размера, они доступны в разных размерах и вариантах (Куско, Симса, Отто).
помощью зеркал и бимануальное влагалищное исследование *должны быть зеркала разных размеров*

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Двустворчатое зеркало Куско: обе створки зеркала после введения их во влагалище могут быть фиксированы специальной распоркой в определенном положении. В зависимости от ширины створок зеркала Куско имеют номера от 1 до 3
Рис. 5.6.
Для обследования девушек предложены специальные детские зеркала.
Предложенное новое гинекологическое зеркало (Радзинский В.Е. и Занько С.Н., 2015) с вмонтированным тестером pH позволяет одномоментно с осмотром шейки матки получить информацию о самом важном показателе влагалищного биотопа — кислотности влагалищного содержимого. Составляя в норме 4,0–4,5, он достоверно показывает ощелачивание, то есть — главного барьера на пути восходящей инфекции.
дефицит молочной кислоты
Детские гинекологические зеркала используются для осмотра женщин с выраженной вульвовагинальной атрофией (аменорея, постменопауза), воспалением и вагинизмом. Чтобы избежать дискомфорта (прикосновение холодного материала), перед введением зеркало рекомендуется смочить (немного подогреть) теплой водой. Если взятия мазков не предполагается, то любое зеркало (металлическое или пластиковое) следует смазать небольшим количеством УЗ-геля. Такие простые приемы позволяют значительно облегчить осмотр.
Зеркало Куско вводят в сомкнутом состоянии на всю глубину влагалища, раскрывают и фиксируют в таком положении с помощью замка.
В зеркалах врач должен тщательно осмотреть влагалище (особенно своды) и шейку матки; оценить окраску слизистой оболочки шейки матки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки матки, а также выявить наличие патологического процесса. Например, эндометриоз можно заподозрить только при тщательном осмотре с помощью зеркала Симса, которое позволяет отвести шейку матки кверху.
ретроцервикальный
() ().
*Основные болезни шейки матки выглядят как красное пятно. До недавнего времени в таких ситуациях сразу ставился диагноз «***эрозия шейки матки***». После оснащения всех ЖК и почти всех кабинетов гинеколога* **кольпоскопами** *этот* **диагноз неправомочен**. *Эрозия — это нарушение целостности дефект слизистой оболочки, выстилающей влагалищную часть шейки матки, в лечении не нуждается, а за красным пятном может крыться РШМ. Любое красное пятно должно быть основанием для дообследования КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», 2020*
После введения влагалищных зеркал производят забор гинекологическими зондами (урогенитальный зонд универсальный) отделяемого шейки матки и влагалища для бактериоскопического (из верхнебокового свода и цервикального канала) и цитологического исследования из цервикального канала и с поверхности шейки матки — специальной цитощеткой, которую вводят в цервикальный канал и вращают на 360°. , вплоть до внутреннего зева. Перспективно одновременное взятие материала для жидкостной цитологии и определения ВПЧ.
Ни одним другим инструментом нельзя получить материал со всей поверхности цервикального канала
()()
Недопустимо осуществлять осмотр на кресле и забор материала на микрофлору посев на питательные среды, ИППП ПЦР в реальном времени и цитологическое исследование после УЗИ с использованием влагалищного датчика, так как гель, используемый во время УЗ-сканирования, значительно снижает точность лабораторной диагностики.
В ходе влагалищного исследования:

- прощупывают область расположения больших вестибулярных желез;
- пальпируют мочеиспускательный канал (выявляют уплотнение, болезненность), а при наличии признаков воспаления из него берут отделяемое для исследования;
- определяют объем, складчатость, растяжимость влагалища, наличие патологических процессов (инфильтраты, рубцы, стенозы, опухоли, свищи, пороки развития);
- выделяют особенности свода влагалища (глубина, подвижность, болезненность);
- детально исследуют влагалищную часть шейки матки:

- ее величину (гипертрофия, деформация, гипоплазия);
- форму (коническая, цилиндрическая, деформированная рубцами, опухолями, кондиломами);
- поверхность (гладкая, неровная);
- консистенцию (размягченная при беременности, плотная при раке, старческом склерозе);
- положение по проводной оси таза (направлена кпереди, кзади, влево или вправо, поднята кверху или опущена);
- состояние наружного зева (закрыт или открыт, форма — круглая, поперечная щель, зияние, стеноз);
- подвижность и болезненность шейки (чрезмерно подвижная при опущении и выпадении матки, неподвижная или ограниченно подвижная при воспалительных процессах, эндометриозе, запущенном раке, болезненность при смещении при воспалительных процессах в малом тазу).

Пальпация матки.
()()(.)
В норме матка расположена в малом тазу по проводной оси, на одинаковом расстоянии от лобкового симфиза и крестца. Дно матки обращено кверху и кпереди anteversio, не выходит за пределы плоскости входа в малый таз, шейка матки обращена книзу и кзади. Между шейкой и телом матки имеется угол, открытый кпереди anteflexio, располагающийся на уровне межспинальных остей. Матка взрослой женщины имеет грушевидную форму, сплющенную в переднезаднем направлении. Поверхность матки ровная. При пальпации матка безболезненна, легко смещается во всех направлениях. Физиологическое уменьшение матки наблюдается в постменопаузальном периоде. Матка значительно уменьшена при аменорее и ПНЯ. Увеличение размеров матки наблюдают при беременности, аденомиозе, опухолях матки миома, саркома и др. Характерный признак аденомиоза — шаровидная форма матки. Консистенция матки в норме тугоэластическая, при беременности матка мягкоэластическая, размягчена, при миоме — плотная. В некоторых случаях матка может флюктуировать, что характерно для гемато- и пиометры.
Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию ее придатков (яичников и маточных труб). Неизмененные маточные трубы обычно не прощупываются, яичники могут определяться сбоку от матки в виде небольших миндалевидных образований размерами 3,0×2,5×2,0 см. При пальпаторном исследовании даже неизмененный яичник бывает чувствительным, особенно в период овуляции. Яичник может быть несколько увеличен перед овуляцией.
Бимануальное влагалищное исследование позволяет установить наличие и характер патологических процессов в придатках матки. Гидросальпинкс прощупывают в виде расширяющегося в сторону воронки маточной трубы продолговатого, болезненного образования. Пиосальпинкс менее подвижен, чаще фиксирован спайками. Нередко при патологических процессах положение маточных труб изменяется. применяют при патологическом процессе в стенке влагалища, кишке или во влагалищно-прямокишечной перегородке. Таким образом можно выявить инфильтраты, опухоли и другие изменения в стенке влагалища, кишке и клетчатке, располагающейся между ними. Хотим

напомнить всем гинекологам, независимо от стажа работы, простые правила, выполнение которых улучшит результаты исследования и будет положительно воспринято пациенткой.
Прямокишечно-влагалищное исследование

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Правила гинекологического исследования.
Откройте любой давний учебник гинекологии, главу «Осмотр». Прочтите еще раз, даже если ваш стаж превышает четверть века! Положите учебник на стул рядом с гинекологическим креслом. Открывать не надо, это для памяти! Выдохните. Глубоко вдохните. Еще раз выдохните. Ощутите, что вы крепко стоите на обеих ногах. Есть вы и пациентка. Проводите ее на кресло. Дышите. Есть она. Есть вы. Еще раз глубоко вдохните и выдохните. Да, потратьте на это время! Это будет, возможно, самое эффективно потраченное время в вашей профессиональной жизни. Поинтересуйтесь, тепло ли ей. Пошутите добродушно, что, может, положение не самое удобное, но вы справитесь быстро.
Наденьте перчатки. Спокойно, не торопясь. А теперь смотрите в практикум! Читайте с самого начала главы. Смажьте перчатки той смазкой, которая вам больше по душе. «Большие половые губы разводят большим и указательным пальцами левой руки, после чего указательный и средний пальцы правой руки осторожно вводят во влагалище».
Введите указательный палец. Почувствуете сопротивление тканей, молчите, вдохните, выдохните, почувствуйте обе свои ноги и что вы на них устойчиво стоите. Будьте с тканями, не пытаясь в них внедриться. Можете произнести про себя: «Я здесь. Я просто рядом. Мне от тебя ничего не нужно. Я здесь, чтобы помочь». Вы не успеете моргнуть, прежде чем ткани расслабятся и пустят вас дальше.

- Отодвиньте левое колено.
- Указательным и большим пальцами разведите большие половые губы.
- После этого введите скрещенные указательный и средний пальцы на 1 см внутрь. Большой палец направлен к симфизу, безымянный и мизинец прижимаются к ладони.
- Средним пальцем (он длиннее) проведите к правой ноге и попросите пациентку сократить промежность. Вы должны почувствовать сокращение . Аккуратно поверните пальцы в другую сторону и снова попросите сократить мышцы. Скользите по стенкам таза последовательно сколь возможно высоко: ищите болезненный участок в месте локализации ганглия бедренного нерва — резкая боль достоверно укажет на ганглионеврит.

m. levator ani

- Теперь чуть-чуть глубже продвиньте пальцы, поворачивая их так, чтобы подушечки обоих пальцев оказались смотрящими вверх. Протестируйте обе лонно-пузырные связки. Сравните их.
- Затем чуть-чуть сведите между собой два пальца, чтобы была возможность продвинуться глубже. Здесь можно еще попробовать приоткрыть большие половые губы.
- Переворачиваете пальцы снова подушечками вверх, чтобы они добрались так глубоко по передней стенке влагалища, как это возможно. Вы в контакте с уретрой (она ощущается как трубочка, проходящая спереди). Следуйте вдоль ее длины, чтобы понять, она прямая или изогнутая. Попробуйте подвигать ее аккуратно вбок, продолжая стоять пальцами по обе стороны от нее. При этом следите за выражением лица пациентки. Оцените движение вбок по всей длине уретры.
- Проникаете еще глубже. В норме ваши пальцы встречаются с влагалищной порцией шейки матки. Можете внешней рукой нажать на матку, чтобы она оказалась между двух рук (пальцы внешней руки ориентированы к ногам пациентки).
- Теперь нужно исследовать купол влагалища вокруг шейки матки. Оцените весь объем.
- Протестируйте каждую связку сразу над куполом влагалища. Начните с маточно-крестцовых связок. Они сейчас идут практически вертикально. Пройдите пальцами за шейку матки и попробуйте подтянуть ее кверху. Можно тестировать по очереди правую и левую связки или обе одновременно. Часто, если пациентка пришла с болью в пояснице, когда вы потянете за обе связки, она скажет, что это именно та боль. Помните: вы тянете за связки, но, если вдруг они ощущаются по-разному, просто постойте с ними до ощущения удлинения и размягчения тканей.
- Перейдите к тестированию широкой связки. Она расположена не во фронтальной плоскости, а немножко по косой (как крылья у Ники Самофракийской). Расположите пальцы латерально от шейки матки (один слева, другой справа) и попробуйте подвигать ее во всех направлениях. В каком-то из них почувствуете сопротивление. Снова будьте с тканями до ощущения их размягчения и удлинения.
- Тестируем связки, находящиеся спереди, маточно-пузырные. Вы находитесь пальцами спереди от шейки матки и легонько сдвигаете ее в направлении крестца. То же самое: или сначала правую, потом левую, или обе одновременно.
- Теперь после всех тестов аккуратными движениями выведите пальцы из влагалища.

Каждый раз повторяйте одно и то же: если не пускают ткани — стойте, просто присутствуйте и проверяйте, устойчиво ли вы стоите на ногах. Такой подход требует времени, однако необходим для достижения поставленной цели.
. Широкое распространение до настоящего времени имеют тесты (феномен «зрачка», симптом растяжения шеечной слизи, анализ базальной температуры). Они позволяют получить представление об активности и цикличности деятельности репродуктивной системы. Увы, количество ненужных направлений «на гормоны» зашкаливает, а знания и умения трактовать полученные результаты этих анализов не только недостаточны, но зачастую и вовсе отсутствуют. Эта ситуация сохранялась многие годы наличием в номенклатуре должности «гинеколог-эндокринолог», изначально абсурдной, ибо . С 2015 г. ликвидированы все субспециальности, и каждый гинеколог обязан диагностировать и лечить болезни репродуктивной системы женщин.
Специальные методыфункциональной диагностики80% гинекологических болезней эндокринно детерминированызнать иуметьВСЕ

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

(, пролактин и др.) и стероидные гормоны (эстрадиол, тестостерон и др.). Ценность определения гормонов в сыворотке крови значительно уменьшилась, и теперь этот анализ требуется для подтверждения или исключения некоторых болезней или синдромов (табл. 5.3).
Определение гормонов и их метаболитов. В гинекологической практике в плазме крови определяют белковые гормоныФСГ
Рекомендации к определению гормонов и их метаболитов
Таблица 5.3.

	Основное заболевание или синдром		**Вещества, определяемые лабораторными методами**	**Рекомендации**
Клиническая гиперандрогения	Общий и свободный тестостерон, глобулин, связывающий половые гормоны, ДЭАС, 17-гидроксипрогестерон, кортизол в слюне или моче	КР «Синдром поликистозных яичников» (2021). КР «Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром)» (2021)		
Привычное невынашивание	ТТГ, АТ к ТПО	КР «Привычный выкидыш» (2022)		
Аменорея и олигоменорея	β-ХГЧ, ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, общий тестостерон, глобулин, связывающий половые гормоны, дегидроэпиандростерон, 17-гидроксипрогестерон, антимюллеров гормон	КР «Аменорея и олигоменорея» (2021)		
Менопаузальные нарушения	ФСГ, ТТГ, пролактин, 25-ОН-витамин D	КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» (2021)		
ПНЯ	Антимюллеров гормон, ФСГ, эстрадиол, тестостерон ФСГ, ТТГ, пролактин, 25-ОН-витамин D	КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» (2021), включает ПНЯ		
АМК	β-ХГЧ, ТТГ	КР «Аномальные маточные кровотечения» (2021)		
Бесплодие	ФСГ, ЛГ, эстрадиол, пролактин, ТТГ, антитела к ТПО, свободный тестостерон, антимюллеров гормон, прогестерон*	КР «Женское бесплодие» (2021)		
ДДМЖ	ФСГ, ЛГ, ТТГ, свободный Т4, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, кортизол, дегидроэпиандростерон сульфат, 17-гидроксипрогестерон	КР «Доброкачественная дисплазия молочной железы» (2020)		

Ожирение	Глюкоза, индекс Homa и индекс Caro	КР «Синдром поликистозных яичников» (2021)

* Прогестерон в крови определяют через 5–7 дней после предполагаемой овуляции или за 5–7 дней до предполагаемой менструации. Уровень прогестерона >10 нмоль/мл может подтверждать факт произошедшей овуляции.
С целью выявления причин гиперандрогении (только гирсутизм или гирсутизм в сочетании с акне, себореей, алопецией) (в практике гинеколога чаще всего — СПКЯ, неклассическая форма ВДКН) рекомендуется определение в сыворотке крови уровней общего тестостерона и свободного тестостерона. Наиболее информативный тест — повышение свободного тестостерона. В широкой практике целесообразно применять метод расчета индекса свободных андрогенов с помощью глобулина, связывающего половые гормоны. С целью дифференциальной диагностики СПКЯ и неклассической формы ВДКН используют определение уровня 17-гидроксипрогестерона [КР «Синдром поликистозных яичников», 2021; КР «Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром)», 2021].
проводятся для уточнения уровня поражения при вторичной олиго- или аменорее. На этапе ЖК обязательны проба с гестагенами (прогестероновая проба) и проба с эстрогенами и гестагенами (циклический прием эстрогена и гестегена), которые оцениваются по наступлению (положительная проба) или отсутствию (отрицательная проба) менструальноподобной реакции (МПР) (см. раздел «Расстройства менструации»).
Функциональные гормональные пробы

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Лабораторная диагностика воспалительных заболеваний половых органов
Углубленная диагностика представлена бактериоскопическими, бактериологическими, культуральными, серологическими, молекулярно-биологическими методами.
Материал из уретры берут с помощью одноразового стерильного зонда, ложечкой Фолькмана или дакронового тампона, обладающего повышенной адсорбцией. Уретру массируют пальцем со стороны влагалища, прижимая ее со стороны лобковой кости. Зонд вводится на глубину 1,5–2,0 см, и легким поскабливанием передней и боковых стенок уретры получают отделяемое, которое наносится на предметное стекло. Материал из влагалища должен быть взят до бимануального исследования. Влагалищное отделяемое для бактериоскопии берут гинекологическим зондом из верхнебокового свода влагалища и наносят тонким слоем на предметное стекло.
Перед взятием выделений из влагалища и шейки матки слизь с поверхности шейки матки необходимо удалить марлевым тампоном, смоченным изотоническим раствором натрия хлорида (это позволяет избежать попадания шеечной слизи в мазок).
Материал из цервикального канала берут урогенитальным зондом из обнаженной зеркалами шейки матки. До взятия материала влагалищную ее часть протирают сухим марлевым тампоном.
(микроскопический) основан на микроскопии окрашенных или нативных мазков, взятых из верхнебокового заднего свода влагалища, цервикального канала, уретры, по показаниям — из прямой кишки. Бактериологическое исследование необходимо провести до начала антибиотикотерапии с обязательной антибиотикограммой для более эффективного дальнейшего лечения. В соответствии с результатами исследования различают четыре степени чистоты мазка.
Бактериоскопический метод исследования
Критерии (уровни) Хэя–Айсона также основаны на результатах микроскопии мазка и оценке соотношения и другой микрофлоры влагалища. Ответ выдается в виде степени нарушения микрофлоры:
Lactobacillus spp.

- уровень 0 — эпителиальные клетки, бактерии отсутствуют;
- уровень I — нормальная вагинальная микрофлора (морфологические типы);

Lactobacillus spp.
- уровень II — уменьшение количества , смешанная бактериальная флора;

Lactobacillus spp.
- уровень III — смешанная бактериальная флора, малое количество или полное отсутствие ;

Lactobacillus spp.
- уровень IV — грамположительные кокки.

Критерии ВОЗ определяют два состояния: норма, если в мазке присутствуют только морфотипы или морфотипы доминируют на фоне небольшого количества других морфотипов; БВ, если отсутствуют или присутствуют в небольшом количестве на фоне смешанной микрофлоры и ключевых клеток (см. также главу III).
LactobacillusLactobacillusLactobacillus
— определение уровня специфических иммуноглобулинов (IgA, IgG, IgM) к возбудителям заболеваний. позволяет выявить женщин с отсутствием иммунитета к этим инфекциям и рекомендовать им вакцинацию в рамках прегравидарной подготовки (см. Протокол прегравидарной подготовки МАРС, 2016).
Иммунологическиеисследования *Определение IgG к вирусам краснухи, кори, ветряной оспы, эпидемического паротита*
позволяют идентифицировать микроорганизм по наличию специфических участков ДНК. Из различных вариантов ДНК-диагностики наибольшее распространение получил метод ПЦР, который позволяет выявить различные инфекционные агенты. ПЦР — метод прямого определения специфического участка последовательности ДНК. Тест имеет видовую специфичность, уровень которой сравним с уровнем специфичности метода культуры клеток, и высокую чувствительность (10 молекул ДНК одного вида микроорганизмов).
Молекулярно-биологические методы
Качественное определение методом ПЦР **обоснованно** *для выявления трепонем, гонококков, хламидий, трихомонад и Mycoplasma genitalium, выявление которых требует обязательного лечения. Эти микроорганизмы невозможно выявить в обычном мазке.*
Метод ПЦР хорошо себя зарекомендовал для определения количественного соотношения лактобацилл и других условно-патогенных микроорганизмов влагалищной микробиоты с целью установления причины данных нарушений и их коррекции.
в реальном времени
Методы амплификации нуклеиновых кислот. Идентификация нуклеиновых кислот (молекулярная) становится обычным явлением в клинической медицине, быстрая идентификация в результате применения данного метода позволяет подобрать пациенту точную антибактериальную терапию и избежать длительного приема эмпирических, потенциально несоответствующих лекарств. Методы амплификации нуклеиновых кислот предлагают оптимальный способ повышения скорости и точности диагностики большинства инфекций, и, как было неоднократно показано, имеют превосходную чувствительность и специфичность по сравнению с обычными культуральными методами диагностики.
в настоящее время — признанный метод анализа, основанный на изучении и оценке клеточного материала. Цитологическое исследование назначают всем женщинам с 21 года с целью скрининга на РШМ (см. материалы о лабораторном скрининге).
Цитологическое исследование
— прижизненное взятие небольшого объема ткани для микроскопического исследования в диагностических целях. В зависимости от способа взятия материала различают биопсию аспирационную, пункционную, эксцизионную.
Биопсия

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

- Аспирационная биопсия — биопсия содержимого полых органов или полостей организма, осуществляемая путем аспирации мануальным (пластиковая канюля) или электрическим вакуум-аспиратором.
- При пункционной биопсии материал для исследования получают путем пункции исследуемого образования.
- Эксцизионную биопсию осуществляют путем иссечения кусочка ткани скальпелем или электроножом. Хорошо зарекомендовал себя радиоволновой метод в режиме «резать» (не обжигает края биопсийного материала) (см. раздел «Хирургическая помощь в ЖК»).

Операционная в ЖК должна иметь вакуум-аспиратор. Мануальные вакуумные аспираторы многократного использования просты в использовании и недорогостоящи. Мануальная вакуумная аспирация может быть использована с целью установления диагноза при отсутствии по данным УЗИ очаговых новообразований.
на базе специальных медико-генетических консультаций или отделений показаны в первую очередь пациенткам с первичной аменореей, нарушениями полового развития, привычным невынашиванием беременности, бесплодием, нарушением строения наружных половых органов, при ЭКО и в случае рождения в семье детей с генетическими заболеваниями.
Медико-генетические методы исследования
Медико-генетические методы включают:

- определение полового хроматина и кариотипирование;

- хромосомный анализ;
- биохимические исследования для выявления наследственных нарушений обмена веществ, связанных с энзимопатией;
- составление генеалогической схемы, позволяющей оценить вероятность появления определенных наследственных признаков у членов изучаемой семьи.

. УЗИ внутренних половых органов — высокоинформативный неинвазивный метод, для которого практически не существует противопоказаний.

Инструментальный метод

Такие уникальные свойства УЗИ, как безопасность и возможность многократного применения, сделали его незаменимым не только в программах оздоровления больных, но и при профилактическом массовом обследовании женщин.

В амбулаторной гинекологии применяют трансабдоминальное, трансвагинальное и ректальное УЗИ. Чаще всего выполняется трансвагинальное УЗИ, которое позволяет детально оценить характеристики матки и придатков (толщину и эхогенность эндометрия, наличие полипов, узлов, скопления жидкости). Преимущества трансабдоминального УЗИ — детальная оценка образований больших размеров (миоматозные узлы или опухоли яичников). Трансректальное УЗИ проводится при невозможности провести трансвагинальное УЗИ для детальной оценки матки и придатков (, стриктуры влагалища, выраженная атрофия влагалища, отказ пациентки).

virgo

В случае выявления объемных образований в области малого таза, увеличения размеров матки проводят регистрацию кровотока в образовании/матке. Допплеровское исследование позволяет сузить диагностический поиск. Отсутствие кровотока, как правило, свидетельствует о доброкачественной природе заболевания. И наоборот, хаотичный выраженный кровоток в стенке кисты яичника является одним из признаков злокачественной трансформации. Однако только на основании результатов УЗИ врач не имеет права поставить морфологический или клинический диагноз. Задача УЗИ — максимально подробное описание внутренних половых органов в виде УЗ-заключения, но не диагноза.

УЗИ 3D/4D — современный высокоточный метод диагностики, позволяющий выполнить сканирование некоторого объема ткани или органа целиком с последующим анализом его сечений, соответствующий трем разным пространственным измерениям. Данная методика позволяет наблюдать объемную картину пространственного расположения кровеносных сосудов, с высокой точностью оценивать их соотношение с различными анатомическими структурами. Особенно ценно УЗИ 3D/4D при пороках развития матки, при опухолевидных образованиях матки (миома, узловая форма аденомиоза, саркома) и яичников.

— редко используемый (и это справедливо) УЗ-метод, основанный на введении жидкого стерильного контраста в полость матки с помощью специального катетера, позволяющий уточнять состояние полости матки.

Методэхогистерографии

Эхогистерография, в отличие от стандартного УЗИ, позволяет более четко определить локализацию, размер субмукозного узла и степень деформации полости матки (КР «Миома матки», 2022), а также выявить и детально описать полип эндометрия при противоречивых результатах УЗИ. Появление жидкости в позадиматочном пространстве в ходе и через 10–15 мин после эхогистерографии является непрямым, но надежным признаком проходимости маточных труб, по крайней мере одной из них [КР «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)», 2021]. С 2017 г. повсеместно возрождается метод классической ГСГ. Это стало результатом исследований японских гинекологов, доказавших, что в отсутствие фертилоскопии (ее нет почти нигде) метод более информативен для суждения о состоянии эндосальпинкса, чем лапароскопия. Диагностика генитального туберкулеза возможна только при ГСГ [КР «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)», 2021].

Цель вульво- и исследования — изучение особенностей наружных половых органов, влагалища и шейки матки с помощью оптической системы под увеличением (кольпоскоп) для повышения информативности клинических и цитологических данных. Метод основан на выявлении различий рельефа и сосудов в неизмененном и пораженном патологическим процессом эпителии.

кольпоскопического

Кольпоскоп состоит из бинокулярной оптической системы с осветителем, позволяющей рассматривать объекты под увеличением в 10–30 раз. Современные кольпоскопы оснащены дополнительными цветными фильтрами (зеленый, фиолетовый, голубой, желтый) для более полной оценки характера эпителиального покрова и сосудистой сети, а главное — , позволяющими персонального компьютера. В протокол исследования вносится вся кольпоскопическая картина, и формируется отчет, который можно распечатать и сохранить в базе данных, а также с его помощью дистанционно провести консультацию с компетентными специалистами.

фотоприставками *передавать изображения кольпофотограмм на дисплей и вносить их в электронную базу данных*

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Большое преимущество для электронного атласа, который дает возможность точной диагностики на основании сравнения полученных изображений с архивированными снимками различных нозологических форм. В отсутствие такой возможности следует использовать кольпоскопические атласы, сопоставление с которыми существенно повышает точность кольпоскопического заключения.

пользователей цифровых кольпоскопов с программным обеспечением — наличие Кольпоскопия. Атлас / Т.Н. Бебнева, С.И. Петренко; под ред. В.Е. Радзинского. 2-е изд., расш. и доп. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2022. (Заказ онлайн на сайте praesens.ru в разделе «Книги».)

:

Кольпоскопия позволяет

- изучить под достаточным увеличением состояние эпителия шейки матки, влагалища, вульвы;
- выявить локализацию и границы очага поражения;
- дифференцировать доброкачественные изменения от подозрительных в отношении злокачественности;
- осуществить прицельный забор цитологических мазков и биоптатов, что существенно повышает информативность материала;
- провести лечебную процедуру под контролем кольпоскопии (оперативная кольпоскопия);
- улучшить диспансерное наблюдение за женщинами групп CIN I, II, III, ;

cr. in citu

- контролировать результаты лечения;
- оценить динамику развития процесса при выборе консервативной тактики ведения пациентки.

Кольпоскопию осуществляют исследования и УЗИ. Различают кольпоскопию (обзорную), , (хромокольпоскопия) и . Наибольшую значимость имеют проба с уксусной кислотой (появление ацетобелого эпителия после обработки шейки матки 3–5% раствором уксусной кислоты) и проба Шиллера (йоднегативный участок после окраски эктоцервикса Раствором Люголя).

до бимануального*простуюрасширенную*цветную люминесцентную♠

Все кольпоскопические картины подразделяют на нормальные; аномальные, но клинически незначимые; аномальные, клинически значимые. Для каждого кольпоскопического критерия оценки эпителия имеются признаки, характеризующие высокую и низкую степень аномалии, которые позволяют градуировать поражение, адекватно строить прогноз и определять тактику ведения пациентки.

— рентгенологическое исследование матки и маточных труб после введения в их просвет рентгеноконтрастного вещества через специальный катетер или наконечник (см. раздел «Хирургическая помощь в ЖК»).

ГСГ

Наиболее частым показаниям для ГСГ относятся бесплодие, аномалии развития половых органов, подозрение на опухоль маточной трубы. Исследование проводится на 5–9-й день менструального цикла. Предварительно необходимо обследование с целью исключения противопоказаний (беременность, острые и подострые воспалительные заболевания, дисплазии и РШМ, дисбиотические состояния влагалища).

«Ренессанс» ГСГ — начало XXI в. Японские исследователи доказали преимущества в сравнении с лапароскопической диагностикой: можно судить о проходимости труб не «снаружи», как при эхогистерографии и лапароскопии, а «изнутри», оценивая морфологию эндосальпинкса и прохождение по нему контраста, желательно «тяжелого» (реинкарнация почти забытого йодолипола) (Конгресс FIGO, 2012).

℘

— вариант рентгенологического исследования, позволяющий получить продольное изображение исследуемой области, срезы в сагиттальной, фронтальной или любой заданной плоскости. КТ дает пространственное представление об исследуемом органе, патологическом очаге, информацию о плотности определенного слоя, позволяя таким образом судить о характере поражения. При КТ изображения изучаемых структур не накладываются друг на друга, что дает КТ возможность дифференцировать изображение тканей и органов по коэффициенту плотности. Минимальная величина патологического очага, определяемого с помощью КТ, составляет 0,5–1,0 см.

КТ

КТ в основном применяется для выявления опухолей надпочечников при гиперандрогении.

— метод, основанный на явлении ядерного магнитного резонанса, которое возникает при воздействии постоянных магнитных полей и электромагнитных импульсов радиочастотного диапазона. Для получения изображения при МРТ используют электромагнитного поля ,

помещенного в сильное магнитное поле. Компьютерная обработка сигналов позволяет получить изображение объекта в любой из пространственных плоскостей.
МРТнерентгеновский *эффект поглощения энергии атомами водорода человеческого тела*
Безвредность метода обусловлена тем, что сигналы магнитного резонанса не стимулируют каких-либо процессов на молекулярном уровне. По сравнению с другими лучевыми методами МРТ обладает преимуществами, такими как отсутствие ионизирующего излучения, возможность получать одновременно множество срезов исследуемого органа. МРТ малого таза с успехом применяют для диагностики эндометриоза, особенно его инфильтративных форм, и аденомиоза. При миоме матки МРТ позволяет уточнять локализацию и характеристики узла, при аномалиях развития матки — вид порока, при заболеваниях молочных желез метод выступает альтернативой маммографии при наличии противопоказаний к последней. МРТ головного мозга показана женщинам с аменореей в ходе дифференциальной диагностики, МРТ области гипофиза — основной метод верификации пролактинсекретирующей аденомы гипофиза при гиперпролактинемии.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Принципы амбулаторного лечения гинекологических заболеваний
Амбулаторная гинекологическая помощь ориентирована на диспансеризацию женщин, профилактику, диагностику и лечение гинекологических болезней, а также осуществление скрининга на онкологические заболевания репродуктивных органов.
(см.).
Современные реалии таковы, что до 70% пациенток после посещения гинеколога перепроверяют диагноз и назначенное лечение у другого специалиста. Поэтому **важно** *объяснить женщине в доступной форме суть ее заболевания и для терапии использовать препараты, имеющие доказательную базу в отношении данного заболевания, а также рекомендованные в актуальных КР* **SP-навигатор**
Учитывая, что профилактике и лечению гинекологических заболеваний посвящено большое количество руководств, мы остановимся на помощи пациенткам с гинекологическими заболеваниями.
принципах **амбулаторной**
Врач должен сообщать необходимую информацию пациентке при решении вопросов выбора методов обследования и лечения (варианты обследования и лечения, их длительность, осложнения и побочные эффекты, информативность и эффективность), так как в современных условиях только информированное и осознанное согласие женщины можно считать стандартом взаимодействия обеих сторон.
Для облегчения общения с пациентками во всех КР имеется приложение «Информация для пациента», где кратко изложена суть заболевания и разные варианты лечения.
.
Решение о необходимости лечения, выбор метода закон отдаетПАЦИЕНТКЕ (№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011). Врач — советчик*Исполнение закона позволяет уменьшить число судебных исков к медицинским учреждениям.*
Гинеколог, осуществляющий амбулаторный прием, в большинстве случаев является специалистом, к которому обращается молодая женщина по поводу проблем, связанных с репродуктивной системой. Именно поэтому то, какую информацию врач сумел донести до женщины во время первых приемов, на чем акцентировалось внимание во время беседы, насколько бережно было гинекологическое обследование, во многом предопределяет отношение самой пациентки к своему здоровью в течение всей ее жизни.
первым

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Лечение основных гинекологических заболеваний
Инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза
Инфекционно-воспалительные заболевания половых органов занимают третье место в структуре гинекологических заболеваний после АМК и эндометриоза.
Наибольший пик заболеваемости наблюдают у лиц в возрасте от 15 до 24 лет; после 30 лет частота ВЗОМТ значительно уменьшается, что может быть обусловлено как изменением полового поведения, так и появлением защитных антител в цервикальном канале. Острое начало воспалительного процесса в современных условиях наблюдают редко. Как правило, имеет место постепенное развитие, нередко без выраженных клинических проявлений, приводящее к хроническому течению ().
первично-хроническое
ВЗОМТ представляют собой заболевания органов верхних отделов женского репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, тубоовариальный абсцесс, пельвоперитонит, развитие которых происходит в основном в результате восходящей инфекции (КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021).
В развитии воспалительного процесса большое значение имеет нарушение целости покровов половых органов, общие факторы, понижающие сопротивляемость организма, и непосредственные возбудители заболевания: стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, синегнойная палочка и специфические возбудители (трихомонады, гонококки, хламидии, вирусы).
Патогенез острого и хронического воспалительного процесса различен: наличие персистирующей реализованной инфекции при остром процессе и аутоиммунные процессы — при хроническом.
Повышенная опасность поражения ВЗОМТ свойственна женщинам с высоким риском заражения ИППП. Выявлено несколько групп факторов, повышающих опасность воспаления.
— ИППП, БВ, АВ, урогенитальные заболевания у полового партнера.
Генитальныефакторы
При возникновении воспалительного процесса большое значение имеют провоцирующие факторы: патологические роды, аборты, внутриматочные вмешательства, длительное применение внутриматочных контрацептивов.
: хронические стрессовые ситуации, недостаточное питание, алкоголизм и наркомания, особенности сексуального поведения [раннее начало половой жизни, высокая частота половых контактов, большое число половых партнеров (два и более в течение 6 мес или более шести в течение жизни), нетрадиционные формы половых контактов].
Социальные факторы
: авитаминоз, СД, ожирение, анемия, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, дисбактериоз, иммуннодефицитные состояния.
Экстрагенитальные факторы
Факторы риска ВЗОМТ (КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021):

- молодой возраст (до 25 лет);
- факторы, связанные с сексуальным поведением;
- несколько половых партнеров;
- смена полового партнера (в пределах последних 3 мес);
- в анамнезе ИППП у пациентки или ее партнера;
- акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические манипуляции;
- введение ВМС в течение последних 3 нед.

Основными возбудителями ВЗОМТ в настоящее время являются ассоциации анаэробных и/или аэробных микроорганизмов, в том числе условно-патогенных (смешанные инфекции), вирусная инфекция.
Опасной по последствиям причиной воспалительных заболеваний матки и ее придатков служит инфекция — до 15%; ее влияние на репродуктивный потенциал чрезвычайно велико: антитела к этому возбудителю выявляются у 70–80% женщин с . Сохраняются эндемичные районы, где лидирующее место в этиологии воспаления тазовых органов играет .
Chlamydiatrachomatismрубным бесплодием или ВБNeisseriagonorrhoeae
Возбудители, выявляемые при остром воспалении, редко играют ведущую роль в хронизации процесса. Хронические ВЗОМТ чаще связаны с ассоциациями условно-патогенной флоры, которая доминирует на фоне извращенных иммунных реакций макроорганизма.
В настоящее время роль , и в этиологии ВЗОМТ остается спорной, и в сочетании с другими микроорганизмами они рассматриваются как возможные этиологические факторы ВЗОМТ (КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021).
MycoplasmagenitaliumM.hominisUreaplasma urealyticum
Важное значение в прогрессировании инфекционного процесса и его рецидивировании играют изменения влагалищной микробиоты. Это, как правило, несостоятельность барьерных механизмов: несомкнутая половая щель (зияние), уменьшение числа лактобацилл, участвующих в образовании молочной кислоты и слизистой пробки цервикального канала как барьера на пути восходящей инфекции. Определенную роль играет и снижение выработки других защитных факторов (IgA, лизоцима, интерферона) при различных, в том числе соматических, заболеваниях.

В МКБ-10 выделяют:

- N70.0 Острый сальпингит и оофорит;
- N70.9 Сальпингит и оофорит неуточненные;
- N71.0 Острые воспалительные заболевания матки;
- N71.1 Хронические воспалительные заболевания матки;
- N71.9 Воспалительная болезнь матки неуточненная;
- N73.0 Острый параметрит и тазовый целлюлит;
- N73.1 Хронический параметрит и тазовый целлюлит;
- N73.2 Параметрит и тазовая флегмона неуточненные;
- N73.3 Острый тазовый перитонит у женщин;
- N73.3 Хронический тазовый перитонит у женщин;
- N73.5 Тазовый перитонит у женщин неуточненный;
- N73.8 Другие уточненные воспалительные болезни женских тазовых органов;
- N73.9 Воспалительные болезни женских тазовых органов неуточненные.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Ниже представлена классификация, предложенная В.И. Краснопольским и соавт., которая позволяет выделить клинические формы ВЗОМТ.

- Неосложненные: острый сальпингит, эндометрит, метроэндометрит.
- Осложненные: пиосальпинкс, пиовар, параметрит, тубоовариальный абсцесс, абсцесс прямокишечно-маточного пространства, пельвиоперитонит, перитонит, сепсис.

По локализации:

- односторонний;
- двусторонний.

По клиническому течению:

- острый — с выраженной клинической симптоматикой (менее 30 дней);
- хронический — с неустановленной давностью заболевания или давностью более 30 дней (КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021).

У каждой четвертой женщины с острой формой ВЗОМТ развиваются осложнения:

- пиосальпинкс;
- гидросальпинкс;
- частичная непроходимость маточных труб и формирование крипт;
- возрастание в 6–10 раз частоты эктопической беременности как результат поражения маточных труб;
- полная непроходимость маточных труб и бесплодие;
- трубно-яичниковые абсцессы;
- околотрубные и периовариальные спайки;
- спайки в полости малого таза и брюшной полости;
- разрывы абсцессов, приводящие к перитониту, сепсису.

Проблемы инфекционно-воспалительного поражения влагалища и шейки матки детально изложены в соответствующем разделе главы 3 настоящего руководства.

. Воспалительное поражение матки и ее придатков — одна из наиболее частых причин обращения за амбулаторной помощью женщин репродуктивного возраста. В инициации острого воспалительного процесса основная роль, как было отмечено, принадлежит микробному фактору, в ответ на внедрение которого развивается классический каскад реакций (альтерация, экссудация и пролиферация), регулируемых медиаторами воспаления (простагландинами, кининами и др.). Путь проникновения инфекции — восходящий. Доказана связь между ростом ИППП и увеличением случаев сальпингоофорита. хронических форм заболевания, как правило, предшествует внутриматочное вмешательство (установка внутриматочного контрацептива, выскабливание матки, гистероскопия и т.д.).

Острый сальпингоофорит, острый эндомиометритвпервые выявленногоОбострению

Гипердиагностика ВЗОМТ: большинство случаев хронических тазовых болей, которые могут быть обусловлены эндометриозом тазовой брюшины, тазовым ганглионевритом, спаечной болезнью, варикозным расширением вен тазовых органов, без должного обследования трактуется как воспалительный процесс в малом тазу.

Клинический диагноз ВЗОМТ очень сложен из-за разнородности и стертости симптомов заболевания. Клинически диагностированные ВЗОМТ как причина 65–90% тазовых болей не соответствуют действительно существующим заболеваниям, выявленным при лапароскопическом контроле и морфологическом исследовании. Именно поэтому при недоступности лапароскопии в рутинной практике много ВЗОМТ остаются нераспознанными, нелеченными и приводят к развитию серьезных осложнений **(** *бесплодию, АМК, диспареунии и т.д.* **)** *. В то же время лечение несуществующих ВЗОМТ чревато другими осложнениями, ухудшающими репродуктивное здоровье. Острые ВЗОМТ обычно дифференцируют от ВБ, острого аппендицита, эндометриоза, перекрута ножки кисты яичника.*

Диагностика острого эндометрита и сальпингоофорита основывается на правильной интерпретации данных анамнеза, характере жалоб и результатах объективного исследования.

К основным симптомам относят боли внизу живота, диспареунию, дисменорею, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала или из влагалища при сочетании с острым цервицитом, БВ или эндометритом, АМК по типу межменструальных кровянистых выделений, обильных менструаций, посткоитальных кровотечений, чаще ассоциирующиеся с цервицитом и эндометритом. Симптомы ВЗОМТ неспецифичны. В ряде случаев может наблюдаться лихорадка или озноб, дизурия, рвота. Реже у женщин отсутствует какая-либо клиническая симптоматика или отмечаются атипичные симптомы, такие как боль в правом подреберье, что может быть следствием перигепатита (синдром Фитц-Хью–Кертиса), который часто становится результатом хламидийной инфекции (возбудитель , КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021).

C. trachomatis

Для улучшения диагностики ВЗОМТ выделены следующие объективные и субъективные симптомы, объединенные в предположительные, дополнительные и специфические критерии (КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021) (табл. 5.4).

Критерии воспалительных заболеваний женских тазовых органов

Таблица 5.4.

Критерии

предположительные

дополнительные

специфические

- Болезненность при пальпации нижних отделов живота.
- Болезненные тракции шейки матки при бимануальном влагалищном исследовании.
- Болезненность при пальпации области придатков при бимануальном влагалищном исследовании

- Подъем температуры более 38,0 °С.
- Большое количество лейкоцитов в вагинальном секрете.
- Повышение скорости оседания эритроцитов.
- Повышение уровня С-реактивного белка.
- Обнаружение или в отделяемом из цервикального канала

N. gonorrhoeae C. trachomatis

- Биопсия эндометрия с патогистологическими признаками эндометрита.
- Обнаружение с помощью УЗИ или МРТ органов малого таза утолщенных, заполненных жидкостью маточных труб, осумкованное образование в области яичников в сочетании со свободной жидкостью в малом тазу.
- Обнаружение признаков воспаления органов малого таза по данным лапароскопии

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Тактика в отношении острых ВЗОМТ при наличии характерного анамнеза и клинических признаков воспаления обеспечивает и иммунокоррекцию.
раннююантибиотикотерапию
Эмпирическая терапия ВЗОМТ должна проводиться сексуально активным женщинам с повышенным риском ИППП, при наличии болей в нижних отделах живота (если нет других явных причин для указанных болей) и наличии хотя бы одного из минимальных критериев ВЗОМТ.
Минимальные критерии острого сальпингоофорита и эндометрита:

- болезненность при пальпации в нижней части живота;
- болезненность в области придатков;
- болезненные смещения (тракции) шейки матки.

Для дифференциальной диагностики следует использовать , повышающие специфичность диагноза:
дополнительные признаки острого сальпингоофорита и эндометрита

- температура тела выше 38,0 °С;
- слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- повышенное количество лейкоцитов в анализе отделяемого из влагалища;
- повышенная скорость оседания эритроцитов;
- повышенный уровень С-реактивного белка;
- выявление гонококков () или хламидий () в отделяемом цервикального канала.

N. gonorrhoeaeC. trachomatis
В значительной степени клиническая картина определяется степенью вирулентности микроба, иммунореактивностью организма и, следовательно, выраженностью воспалительной реакции и характером экссудата (серозный, гнойный).
Данные гинекологического исследования: при эндометрите — матка несколько увеличена, болезненна при пальпации, патологические выделения из цервикального канала, при сальпингоофорите — увеличенные, болезненные придатки матки — в сочетании с данными лабораторных исследований (в анализе крови — лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение скорости оседания эритроцитов) позволяют установить правильный диагноз.
Исследование микробной флоры цервикального канала недостаточно информативно для определения возбудителя при остром сальпингоофорите, лишь в 10–25% микробная флора бывает аналогичной бактериям, обнаруживаемым в экссудате и тканях маточной трубы.
()
Необходимо использовать возможности лапароскопии для получения материала из пораженных органов и брюшной полости для бактериологического исследования. Удаление «вымывание» воспалительного экссудата из труб является профилактикой непроходимости маточных труб.
всем пациенткам с подозрением на ВЗОМТ исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови. С-реактивный белок — информативный лабораторный маркер системного воспаления. Уровень С-реактивного белка отражает тяжесть воспалительного процесса, однако референсные его значения не позволяют исключить ВЗОМТ. Динамика его концентрации может быть использована в оценке эффективности проводимой терапии. В качестве маркера тубоовариального абсцесса может быть использовано повышение уровня прокальцитонина выше 0,33 нг/мл (чувствительность метода составляет 62%, специфичность 75%).
Рекомендуется
Рекомендуется всем пациенткам с подозрением на ВЗОМТ исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к ВИЧ-1/2 и антигена p24 в крови, определение антител к бледной трепонеме () в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови, иммуноглобулинов класса M и G к вирусу гепатита B или HBs-антигена, иммуноглобулинов класса M и G к вирусу гепатита C или антигена HCV.
Treponema pallidum
Течение ВЗОМТ на фоне ВИЧ-инфекции может быть более тяжелым, возрастает риск образования тубоовариального абсцесса.
Всем пациенткам с подозрением на ВЗОМТ рекомендуется молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на ИППП ().
C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium
. Предпочтительным методом диагностики является определение ДНК возбудителей ИППП () в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР (биологический материал следует брать из цервикального канала с помощью зонда в стерильный лабораторный контейнер).
Отсутствие ИППП не исключает диагноз ВЗОМТN. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium
Пациенткам с подозрением на ВЗОМТ рекомендуется проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.
Биологический материал следует брать из цервикального канала или в процессе хирургического вмешательства и подвергать лабораторным методам исследования в соответствии с правилами, изложенными в начале главы.
Рекомендуется всем пациенткам с подозрением на тубоовариальный абсцесс (по данным УЗИ) определение уровня β-ХГЧ в крови.
Определение уровня β-ХГЧ в крови следует выполнять для исключения эктопической беременности при наличии нарушений менструального цикла у пациентки с подозрением на ВЗОМТ. В случае невозможности ургентного определения уровня β-ХГЧ в крови может быть использован мочевой тест на беременность (КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021).
УЗИ целесообразно для выявления изменения анатомии тазовых органов, определения свободной жидкости в малом тазу, диагностики осложнений (гидросальпинкс, пиосальпинкс, тубоовариальное воспалительное образование). Повсеместное внедрение лапароскопии в гинекологическую практику значительно повысило диагностические возможности при ВЗОМТ.
МРТ у пациенток с распространенными формами и тяжелым течением ВЗОМТ, с обширным спаечным процессом после ранее перенесенных операций проводят для дифференциальной диагностики с другими генитальными и экстрагенитальными (тазовыми) заболеваниями с целью определения тактики ведения.
Обследование пациенток с распространенными формами и тяжелым течением ВЗОМТ должно проводиться в учреждениях здравоохранения соответствующего уровня с привлечением смежных специалистов.
Лапароскопия рекомендуется пациенткам с подозрением на ВЗОМТ и неэффективностью консервативного лечения и/или с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов малого таза. . С помощью лапароскопии проводится дифференциальная диагностика ВЗОМТ с эктопической беременностью, острым аппендицитом, дивертикулитом, карциномой маточной трубы, раком яичника, инфильтративными формами эндометриоза и др.
Лапароскопия имеет ценность в диагностике и лечении ВЗОМТ, но проводить ее рутинно пациенткам с подозрением на ВЗОМТ нецелесообразно

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Биопсия (преимущественно под контролем гистероскопии) и морфологическое исследование эндометрия рекомендуется пациенткам с подозрением на хронический эндометрит и внутриматочные синехии (по данным УЗИ), при бесплодии, двух и более неудачных попытках переноса эмбрионов, невынашивании беременности, аномальных маточных кровотечениях и др.
При осложненных, распространенных формах ВЗОМТ, септических состояниях рекомендуется рентгенография и/или мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки (при изменениях на рентгенограмме) с целью исключения пневмонии.
Обследованию у врача-фтизиатра подлежат пациентки, входящие в группу риска урогенитального туберкулеза (имеющие тесный контакт с туберкулезной инфекцией, туберкулез любой локализации, перенесенный ранее или активный в момент обращения, хронические инфекции урогенитального тракта, склонные к рецидивам, резистентные к стандартной терапии, упорная дизурия, прогрессирующее уменьшение емкости мочевого пузыря, стерильная пиурия, пиурия, гематурия (КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021).
При воспалительном процессе большое значение имеет временной фактор. Раннее применение антибиотиков значительно снижает опасность последующего бесплодия.
остром
Учитывая этиологические факторы заболеваний, необходима иммунотерапия, нормализация биоценоза, выявление и лечение ИППП у полового партнера.
Лечение больных с острым эндометритом и острым сальпингоофоритом проводится в гинекологическом стационаре.
Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- тяжелое состояние, тошнота, рвота, температура ≥38 °С, которые часто служат признаками осложненных форм ВЗОМТ, а также любой формы ВЗОМТ с проявлением системной воспалительной реакции;
- неэффективность и невозможность амбулаторного лечения;
- беременность;
- наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия и т.д.);
- невозможность исключить острую хирургическую патологию (аппендицит, ВБ и т.д.).

(КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021.)
Схемы лечения ВЗОМТ должны обеспечивать элиминацию широкого спектра возможных возбудителей, прежде всего гонококков, хламидий, грамположительных кокков, неспорообразующих облигатных анаэробов и снижение активности вирусных инфекций. Кроме того, необходимо учитывать возможную резистентность микроорганизмов к традиционным антибиотикам. В силу того что практически , их выбор в таких случаях основан на комбинированном применении препаратов с целью обеспечения перекрытия спектра основных (в том числе устойчивых) возбудителей.
ни один антибиотик не активен против всех возбудителей ВЗОМТ
Режим дозирования антибактериальных препаратов и путь введения определяются в зависимости от степени распространенности воспалительного процесса, тяжести состояния пациентки, данных фармакокинетики и фармакодинамики препарата и с учетом выявленного возбудителя. Продолжительность терапии ВЗОМТ составляет 10–14 дней. Такая длительность необходима для полной эрадикации возбудителей с целью предотвращения хронизации воспалительного процесса, а также рецидивов и осложнений. Статистически значимых данных по отдаленной эффективности различных режимов терапии практически нет. В случае неэффективности консервативной терапии ВЗОМТ тактика ведения пациентки определяется решением врачебной комиссии.
:
Рекомендовано

- при острых ВЗОМТ терапия антибактериальными препаратами эмпирически с охватом всего спектра вероятных возбудителей с предварительным культуральным исследованием для последующей коррекции лечения и/или (при неэффективности лечения) последующим переходом на альтернативные схемы;
- при легких и среднетяжелых формах ВЗОМТ пероральная антибактериальная терапия;
- при тяжелых (распространенных) формах ВЗОМТ лечение в условиях стационара с парентерального введения антибактериальных препаратов и продолжение терапии в течение 24 ч после клинического улучшения с переходом на пероральную форму.

Коррекцию антибактериальной терапии следует проводить на основании результатов методов амплификации нуклеиновых кислот или культурального исследования через 48–72 ч после начала лечения при отсутствии положительной динамики в течении заболевания и/или резистентности возбудителя к проводимой терапии.
Терапия противогрибковыми препаратами системного действия показана пациенткам со ВЗОМТ для лечения грибковой инфекции, подтвержденной данными микробиологического исследования. Риск развития инвазивного микоза на фоне применения антибактериальных препаратов невысок, поэтому рутинная первичная антифунгальная профилактика не рекомендуется.
Возможно назначение НПВС пациенткам со ВЗОМТ с целью обезболивания, купирования лихорадки и противовоспалительного действия.
Пациенткам со ВЗОМТ рекомендуется избегать половых контактов до завершения лечения (КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021).
.
Этапы этиотропной терапии

- Госпитальный — используют парентеральный путь введения препаратов с последующим переходом на пероральный.
- Амбулаторный — используют пероральные формы препаратов.

(Табл. 5.5, 5.6).
ВОЗ рекомендует ориентироваться на Перечни наиболее вероятных возбудителей и эффективных препаратов (2019)
Амбулаторное лечение. Рекомендуемые схемы (Клинические рекомендации «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021)
Таблица 5.5.

Схема	**Международное непатентованное наименование**	**Режим дозирования**
1	Цефтриаксон Доксициклин Метронидазол	250 мг внутримышечно однократно 100 мг перорально 2 раза в день в течение 14 дней или 500 мг перорально 2 раза в день в течение 14 дней
ПЛЮС		
С БЕЗ		
2	Цефтриаксон Доксициклин Метронидазол	500 мг внутримышечно разовая доза 100 мг пероральный прием каждые 12 ч 500 мг каждые 12 ч в течение 14 дней
ПЛЮС		
3	Офлоксацин Метронидазол	Перорально 400 мг каждые 12 ч перорально 500 мг каждые 12 ч в течение 14 дней (офлоксацин может быть заменен левофлоксацином 500 мг 1 раз в сутки)
ПЛЮС		
4	Левофлоксацин Метронидазол	Перорально 500 мг каждые 24 ч перорально 500 мг каждые 12 ч в течение 14 дней
ПЛЮС		

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Альтернативные схемы амбулаторного лечения (Клинические рекомендации «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021)
Таблица 5.6.

Схема	**Международное непатентованное наименование**	**Режим дозирования**
1	Левофлоксацин Метронидазол	500 мг перорально 1 раз в день или или 500 мг перорально 2 раза в день в течение 14 дней
СБЕЗ		
2	Офлоксацин Метронидазол	

200–400 мг 2 раза в день в течение 14 дней или 500 мг перорально 2 раза в день в течение 14 дней

СБЕЗ

3	Цефтриаксон Азитромицин

500 мг внутримышечно разовая доза пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 нед

ПЛЮС

4	Цефтриаксон Азитромицин

250 мг внутримышечно разовая доза пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 нед

ПЛЮС

5	Моксифлоксацин	Перорально 400 мг каждые 24 ч в течение 14 дней

Использование цефалоспоринов III поколения ограничено по спектру на анаэробы, поэтому важно для лечения ВЗОМТ рассматривать возможность добавлять нитроимидазолы (метронидазол, орнидазол, тинидазол) в схемы лечения.

- Для профилактики кандидоза: флуконазол по 150 мг однократно; для лечения по 50 мг 1 раз в сутки 7 дней.
- Для лечения трихомониаза: метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки 14 дней.
- При вирусных инфекциях: перорально валацикловир в дозе 500 мг 2 раза в сутки 5 дней с последующим переходом на 500 мг/сут однократно в течение 3 мес и более.

Препараты зарегистрированы ГРЛС, 2020.
()
По мере стихания воспалительного процесса обязательна физиотерапия ультрафиолетовое облучение крови, лазерное облучение крови, озонотерапия с целью профилактики осложнений, активации иммунитета и снижения спаечного процесса в малом тазу. Оказывая благоприятное воздействие на регионарную гемодинамику, процессы клеточного деления, рецепторную активность эндометрия, электротерапия способствует купированию клинических симптомов заболевания и восстановлению структуры ткани.
Все большую роль в лечении острого сальпингоофорита приобретает . Данный метод позволяет , оценить степень тяжести заболевания, а также провести : разъединение спаек, удаление некротизированных участков и гнойников, дренирование брюшной полости.
лапароскопияверифицировать диагнозлечебные мероприятия
Основные показания к хирургическим методам лечения:

- наличие гнойного тубоовариального образования;
- отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии.

Критериями эффективности терапии являются купирование клинических симптомов заболевания, восстановление эхографической картины тканей, элиминация или снижение активности инфекционного агента, восстановление морфологической структуры ткани. В случае отсутствия признаков клинического улучшения необходимо хирургическое вмешательство.
Хронический сальпингоофорит, хронический эндомиометрит
Диагностика ВЗОМТ затруднена. Клинические проявления хронических воспалительных процессов разнообразны, при этом некоторые симптомы связаны не столько с изменениями в матке и придатках, сколько с нарушением деятельности эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной систем.
хронических
Существование стойкого очага воспаления в малом тазу приводит к нарушениям менструальной функции у 45–55% больных (вторичная дисменорея, АМК). Боли при хроническом метроэндометрите практически не встречаются.
Нарушением репродуктивной функции страдает около 30% женщин с хроническими ВЗОМТ (хронический эндометрит — неразвивающаяся беременность, ПВ, хронический сальпингоофорит — трубно-перитонеальное бесплодие).
Диагноз «хронические ВЗОМТ» ставят на основании данных анамнеза, особенностей клинического течения заболевания, данных инструментальных и лабораторных методов исследования.
. Двуручное гинекологическое исследование позволяет выявить уплотнение матки, возможно увеличение одного или обоих яичников, ограничение придатков матки в подвижности, болезненность при пальпации. Тубоовариальное гнойное образование пальпируется как плотное, подпаянное к матке образование, резко болезненное при исследовании. Микробиологическое исследование является обязательным: качественная диагностика хламидий, трихомонад, гонококков; другие инфекты необходимо определять только количественными методами.
Диагностика хронического сальпингоофорита
Верификация хронического сальпингоофорита, особенно у больных с бесплодием, включает . Косвенными признаками заболевания служит непроходимость маточных труб с образованием сактосальпинкса, изменение топографии труб (извилистый ход, подтянуты кверху), наличие спаечного процесса (неравномерное распределение контраста). УЗ-картина воспалительных изменений придатков матки отличается полиморфизмом. На частоту возникновения воспалительных процессов оказывают влияние тяжесть и длительность процесса.
ГСГ
Существенно расширяет диагностические и лечебные возможности при хроническом сальпингоофорите . Лапароскопическими критериями являются гиперемия маточных труб, отечность стенки, атония либо ригидность, фиброз фимбрий, нарушение проходимости труб, перитубарные спайки. Во время лапароскопии проводят рассечение спаек, фимбриолизис, сальпингостомию и т.д.
лапароскопия

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

. Если острый процесс при яркой клинической картине достаточно легко диагностируется клиницистами, то выявление подострых его форм и хронического эндомиометрита представляет большие сложности. Это объясняется высокой частотой латентных форм заболевания, стертостью клинической картины, отсутствием четких клинических критериев диагноза. В то же время отрицать актуальность данного заболевания никак нельзя. По данным Paavonen, гистологическое подтверждение эндометрита достигает 72% при лапароскопически доказаном остром сальпингоофорите.
Диагностика хронического эндомиометрита
Достоверных данных эффективности двуручного гинекологического исследования при хроническом эндометрите не существует.
Нередко определяются признаки воспалительных изменений в придатках матки, сопутствующие эндометриту. Микробиологические исследования содержимого цервикального канала, уретры, влагалища (хламидии, трихомонады, гонококки, микоплазма гениталиум) необходимы, а этиологическую значимость других инфектов необходимо определять только количественными методами. Количество инфекта более 10 КОЕ/мл позволяет отнести его к возможному возбудителю заболевания.
5
Четких УЗ-критериев хронического эндометрита нет.
Для диагностики хронического эндомиометрита широко используется (в I фазу менструального цикла). Макроскопические изменения слизистой оболочки тела матки при хроническом эндомиометрите не всегда одинаковы. Клинико-гистероскопические особенности отражают характер и глубину патоморфологических изменений в эндометрии при хроническом процессе и их связь с клиническими симптомами заболевания. Неравномерное истончение и гипертрофия слизистой оболочки становятся результатом двух противоположных компенсаторно-приспособительных механизмов эндометрия в ответ на хронический процесс, который клинически может проявляться обильными менструациями. Скудные менструации и белесоватая, тусклая слизистая оболочка матки при гистероскопии свидетельствуют о наличии воспалительного процесса. В ряде случаев при гистероскопии в полости матки могут обнаруживаться внутриматочные синехии.
гистероскопия с биопсией эндометрия
Гистероскопия и пайпель-биопсия с последующим гистологическим, иммунологическим исследованием биоптата, а также ПЦР-исследование флоры эндометрия — одни из распространенных методов диагностики хронического эндомиометрита. Гистологические

признаки хронического эндомиометрита — инфильтраты, состоящие преимущественно из плазматических клеток, гистиоцитов и нейтрофилов. Степень выраженности хронического эндометрита можно оценить по маркерам иммунокомпетентных клеток CD138 и CD56.

Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний органов малого таза

Однозначного признания в мире не существует. Воспалительные процессы в малом тазу имеют большой спектр эхографических признаков, которые зависят от стадии воспаления. Так, в острой фазе единственными проявлениями могут быть усиление сосудистого рисунка органов малого таза и небольшое количество выпота в позадиматочном пространстве. Прогрессирование воспалительного процесса и его хронизация приводят к образованию выпота в полостях (позадиматочное пространство, гидросальпинкс, серозоцеле), уплотнению структур (утолщение стенок маточных труб, усиление отражения и неоднородность структуры эндометрия), появлению спаек, которые отчетливо визуализируются только на фоне жидкости в малом тазу. Косвенным признаком развития спаечного процесса в малом тазу служит дистопия и/или неподвижность органов малого таза.

УЗИ как метода диагностики ВЗОМТнеспецифических

Острый оофорит может быть выявлен при УЗИ по значительному увеличению размеров яичника. Хронический оофорит эхографически характеризуется утолщенной капсулой и множественными гиперэхогенными более плотными, чем остальная ткань яичника, участками по его периферии, обусловленными скоплением кальцификатов. Прогрессирование воспалительного процесса в яичнике может привести к образованию пиовара — гнойному расплавлению ткани яичника. При пиоваре на эхограммах яичник напоминает кисту желтого тела с кровоизлиянием, но в отличие от кисты пиовар сопровождается типичной клинической картиной.

При УЗИ гидросальпинкс представляет собой тонкостенное образование разнообразной формы (трубчатой, веретенообразной, колоколообразной, ретортообразной, неправильной и др.) с гипоэхогенным или анэхогенным содержимым. Гидросальпинкс, в отличие от кисты и серозоцеле, обязательно имеет собственную стенку, утолщенную, как правило, до 1–5 мм. Обнаруживаемые в трубе перегородки являются изгибами стенки. При больших размерах гидросальпинкса дифференциальной диагностике может помочь прослеживание связи образования с маточным углом, а также сосудов, сопровождающих его образование. При кровоизлиянии в просвет трубы внутренняя структура зависит от давности образования гематомы и свертывающих свойств крови.

Воспалительный процесс из серозной стадии может перейти в гнойную с образованием пиосальпинкса, пиовара, пиометры или пиокольпоса. Эхографическая картина отличается выраженным полиморфизмом ввиду различного состава гнойного содержимого. Рыхлые гнойные массы имеют вид эхопозитивной взвеси, сливкообразный гной представляет собой пласты слоистых структур средней эхогенности. Газ в полостях визуализируется в виде гиперэхогенных мелких образований с эффектом дорсального усиления в виде хвоста кометы. Пиосальпинкс чаще бывает двусторонним. Нередко пиосальпинкс имеет вид многокамерного образования с толстыми гиперэхогенными стенками. При тубоовариальном абсцессе УЗ-варианты очень разнообразны: от правильной формы образования с толстой капсулой и неоднородным содержимым до бесформенных, без четких контуров эхоструктур в проекции придатков матки. Единственным отличительным признаком может быть односторонний характер поражения. При отсутствии указаний на воспаление подобное образование необходимо дифференцировать от эндометриоидной кисты, кровоизлияния при апоплексии яичника и кисты желтого тела с кровоизлиянием.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

:

Принципы лечения хронического эндометрита и хронического сальпингоофорита

- комплексная противовоспалительная терапия;
- НПВС;
- антимикробные препараты исключительно в период обострения воспалительного процесса;
- эффективные методы иммунокоррекции — ультрафиолетовое облучение аутокрови;
- гормональная терапия с учетом сопутствующих расстройств;
- широкое применение физиотерапии — лазерное либо ультрафиолетовое облучение крови, магнитотерапия, электрофорез с цинком, бальнеолечение (сероводородные, йодобромные, радоновые ванны, пеллоиды);
- коррекция микробиоценоза кишечника и влагалища, борьба с запорами;
- нормализация функции кишечника.

Антибактериальная терапия в хронической стадии сальпингоофорита и эндометрита приводит к образованию штаммов, устойчивых к антибиотику, что повышает резистентность возбудителя к антибиотикам и ухудшает течение заболевания.

Так как чаще всего инфекционный агент в половых органах распространяется восходящим путем из влагалища, особое внимание необходимо уделять восстановлению и поддержанию его нормоценоза (см. главу III). По-прежнему актуальными в проблеме инфекций урогенитального тракта остаются достоверная дифференциальная диагностика бессимптомного носительства ряда микроорганизмов, БВ и вагинитов, цервицитов.

( )

ПЦР-исследование качественным методом может быть использовано только для выявления трепонем, трихомонад, хламидий, гонококков, генитальных микоплазм, лечение которых бесспорно необходимо. Обнаружение любых других возбудителей, особенно представляющих нормальный биоценоз, в титрах ниже 10^5 КОЕ, без клинической симптоматики и бактериоскопически верифицируемого воспалительного процесса при достаточном количестве лактобактерий не менее 10^5 КОЕ не должно быть основанием для антибактериальной терапии.

Обнаружение лейкоцитарной реакции в отделяемом женских половых органов >10 лейкоцитов в поле зрения при увеличении светового микроскопа ×1000 при микроскопическом исследовании влагалищной жидкости может быть связано с хламидийной, гонококковой инфекцией и др., однако критерий использования повышенного количества лейкоцитов при окрашивании содержимого эндоцервикального канала по Граму при диагностике цервицита не стандартизирован и .

диагностически незначим

При микроскопическом исследовании влагалищного отделяемого оценивают:

- состояние вагинального эпителия: преобладают клетки поверхностного, промежуточного или парабазального/базального слоев, наличие ключевых клеток — поверхностных эпителиальных клеток, густо покрытых адгезированными на них мелкими грамвариабельными палочками/кокками, скрывающими границы клетки, или «ложноключевых» клеток — повышенная адгезия на эпителиальных клетках грамположительных палочек, чаще всего лактобацилл;
- лейкоцитарную реакцию: ее наличие, степень выраженности, проявление фагоцитоза, его завершенность;
- состав микрофлоры: количественная и качественная оценка ее по морфологическим и тинкториальным свойствам. Наличие бластоспор и/или псевдомицелия дрожжеподобных грибов.

. Оценка общей микробной обсемененности проводится по 4-балльной системе по числу микробных клеток, обнаруживаемых в одном поле зрения при микроскопии с иммерсией:

Микроскопическое исследование в модификации А.С. Анкирской

- +: до 10 микробных клеток в поле зрения — минимальное (небольшое) количество;
- ++: от 11 до 100 микробных клеток в поле зрения — умеренное количество;
- +++: от 100 до 1000 микробных клеток в поле зрения — большое количество;
- ++++: более 1000 микробных клеток в поле зрения — массивное количество.

Качественная оценка микрофлоры в препаратах включает дифференциацию морфотипов по их тинкториальным и морфологическим признакам. Различают морфотипы лактобацилл, фузобактерий, бактероидов, мобилункусов, лептотрихий, гарднереллы, вейлонеллы, а также грам (+) кокков, колиформных палочек, дрожжевых грибов. В мазке могут быть обнаружены трихомонады и другие паразиты.

Не оправдало себя, более того, назначение антибиотиков исключительно на основании микробиологических исследований, как правило, без количественного определения содержания микроорганизмов во влагалищном биотопе, без клинико-анамнестического сопоставления итогов бактериоскопических, бактериологических (количественных), в том числе методы амплификации нуклеиновых кислот, ПЦР- и иммунологических критериев персистенции процесса. Нередко антибактериальное лечение направлено на устранение условно-патогенных микробов, хотя они могут быть частью нормальной микрофлоры влагалища (при условии обнаружения их в титрах ниже 10 КОЕ).

оказалось вредным[5]

Согласно отечественным и международным рекомендациям (Центр по контролю и профилактике заболеваний США и экспертное мнение American Cancer Society, 2015), основу базовой антибактериальной терапии составляют комбинации цефтриаксона, доксициклина и метронидазола; цефтриаксона и доксициклина; цефалоспоринов III поколения и доксициклина; клиндамицина и аминогликозидов; ампициллина, гентамицина и метронидазола; ампициллина/сульбактама и доксициклина; монотерапия ампициллином/сульбактамом, ципрофлоксацина и тинидазола.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

При этом назначение антибактериальных препаратов при хроническом воспалительном процессе благоприятно влияет на эрадикацию микроорганизмов из эндометрия и на улучшение репродуктивных результатов.
Кроме того, дисбиоз влагалища необходимо рассматривать и как проявление нарушения микробиоценоза ЖКТ.
Важный компонент противовоспалительного лечения — коррекция микробиоценоза влагалища и кишечника с использованием пребиотиков (фруктоолигосахариды, яблочный пектин, морковный порошок), эубиотиков, пробиотиков, кисломолочных продуктов (йогурты).
Особое внимание необходимо уделять воспалительных заболеваний внутренних половых органов (КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021).
профилактике
Реабилитация после хирургического лечения:

- комплексная оценка состояния пациентки и формулировка программы реабилитации;
- план необходимых для реабилитации диагностических и лечебных мероприятий;
- мультидисциплинарный принцип организации реабилитационной помощи;
- контроль эффективности проводимой терапии в процессе восстановительного лечения и по окончании курса реабилитации.

Послеоперационная реабилитация с применением физиотерапевтических методов на фоне адекватной антибактериальной терапии оказывает аналгетический, противовоспалительный эффекты и имеет важное значение для восстановления функции органов репродуктивной системы.
При ВЗОМТ могут применяться следующие виды физиолечения:

- абдоминальная и/или абдоминально-влагалищная методика переменного магнитного поля; курс лечения № 20 1–2 раза в день независимо от дня менструального цикла;
- абдоминальная или влагалищная методика низкоинтенсивного лазерного излучения и магнитолазерной терапии; курс лечения № 10 1 раз в день независимо от дня менструального цикла;
- абдоминальная методика сверхвысокочастотного электромагнитного поля; курс лечения № 10 1 раз в день.

Не рекомендуется использовать данный фактор при сопутствующих пролиферативных заболеваниях органов малого таза — миоме матки, наружном генитальном эндометриозе, а также при перенесенных или имеющихся онкологических заболеваниях. Учитывая эстрогенстимулирующий эффект фактора, лечение целесообразно начинать на 5–6–7-й день менструального цикла.
Рекомендовано санаторно-курортное лечение пациенток при хроническом сальпингите/оофорите не ранее чем через 2 мес после окончания антибактериальной терапии. Возможно использование санаторного лечения 1–2 раза в год. Лечение начинается на 5–6–7-й день цикла на фоне барьерных методов контрацепции.
Учитывая, что одной из наиболее частых причин хронических ВЗОМТ по-прежнему являются выскабливания матки, необходимо при медаборте, завершении неполного выкидыша, для опорожнения матки при неразвивающейся беременности использовать только медикаментозную технологию — мифепристон и мизопростол (КР «Выкидыш в ранние сроки беременности», 2021; «Медикаментозное прерывание беременности», 2015).
()
Фармакологический аборт исключает восходящее инфицирование, нивелирует другие осложнения дилатации и кюретажа: разрывы шейки матки, цервицит, острый метроэндометрит и др. При наличии нарушений биотопа влагалища или других генитальных или экстрагенитальных воспалительных заболеваний имеется возможность одновременного лечения санация влагалища и др. и опорожнения матки.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Эндометриоз
Эндометриоз — патологический процесс, при котором определяется наличие ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию, вне полости матки (КР «Эндометриоз», 2020). В структуре гинекологических заболеваний эндометриоз занимает второе место, следуя за АМК. Это заболевание рассматривают как новую . Одним из причинных факторов считают малое количество родов у современных женщин и чрезмерное количество менструаций.
болезнь цивилизации
Точная распространенность эндометриоза неизвестна и оценивается в диапазоне от 2 до 10% в отдельных женских популяциях, у страдающих бесплодием женщин она может достигать 50% (Руководство ESHRE, 2022, рекомендации ESHRE по эндометриозу).
Эндометриоз общепризнан самым распространенным тяжелым заболеванием женщин репродуктивного возраста, отрицательно влияющим на общее состояние, работоспособность и качество жизни. Эндометриозом болеют около 10% женщин во всем мире. Материальные затраты на лечение, реабилитацию, компенсации в связи потерей трудоспособности во всем мире колоссальны.
Многочисленные исследования в области эндометриоза сформулировали .
основные положения

- Этиология заболевания неизвестна, патогенез полностью не изучен. Раскрыт механизм приступов боли: избыточный синтез медиаторов воспаления в эндометриоидных очагах способствует отеку ткани вследствие расширения капилляров, усиления кровотока и увеличения проницаемости их стенок. Через них просачиваются плазма, лейкоциты, макрофаги, что обусловливает , которые раздражают нервные окончания и провоцируют боль.

накопление аллогенных субстанций

- — три основных проявления эндометриоза (АМК, влекущие за собой анемию, характерны для аденомиоза).

Тазовые боли, бесплодие и АМК

- Следствием заболевания могут стать астения и депрессия, ощущение постоянной усталости и снижение качества жизни.
- Стадия эндометриоза, определенная при лапароскопическом исследовании, может не соответствовать степени выраженности болевого синдрома (единичные гетеротопии могут вызывать сильные боли, а при III–IV стадии болезни болевых симптомов может не быть вовсе).
- Стадия заболевания имеет прямую корреляцию с бесплодием и обратную с вероятностью спонтанного зачатия. После лапароскопической эксцизии очагов при I–II стадии заболевания вероятность наступления беременности гораздо выше, чем у больных с III–IV стадией. При наличии репродуктивных планов у женщины с эндометриозом I–II стадии ей показаны не противорецидивные терапевтические меры после лапароскопии, а прегравидарная подготовка. При выявлении болезни III–IV стадии необходимо сразу после исследования направить пациентку на ВРТ.
- Возможно медикаментозное и хирургическое лечение. Цель применения лекарственных препаратов — устранение симптомов эндометриоза и улучшение качества жизни. Оперативное вмешательство патогенетически обосновано, но при этом высока вероятность рецидива. Эти два метода не противоречат друг другу, и, как правило, их сочетают.
- В качестве эмпирической терапии до выполнения лапароскопического вмешательства пациентке назначают НПВС.
- Отсутствие ожидаемого эффекта от медикаментозной терапии через 3–6 мес служит основанием для пересмотра тактики ведения, в том числе для решения вопроса в пользу хирургического вмешательства. При этом следует стремиться, чтобы пациентка была прооперирована по поводу эндометриоза только 1 раз.
- После операции необходимо назначить противорецидивную терапию по показаниям, если пациентка не планирует беременность в ближайшее время.
- Ни один из существующих видов лечения не позволяет излечить эндометриоз.

Клиническое течение эндометриоза в 1/3 случаев бессимптомно.
()()
Эндометриоз — заболевание, при котором доброкачественный пролиферативный процесс поражает неизмененную ткань соседних органов. Характерными чертами эндометриоза являются способность к инфильтративному росту, отсутствию выраженной капсулы вокруг эндометриоидного очага за исключением эндометриоидных кист, возможность метастазирования в отдаленные органы. Результаты лечения эндометриоза остаются малоудовлетворительными — 35–50% пациенток страдают от болевого синдрома или бесплодия, рецидивы наблюдаются почти у половины 40–45% пациенток в течение первых 5 лет после хирургического лечения.
Причиной бесплодия при эндометриозе может быть синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула, фагоцитоз спермы перитонеальными макрофагами, спайки. Окончательно причина бесплодия при эндометриозе не установлена.
В зависимости от локализации различают генитальный и экстрагенитальный эндометриоз. Наиболее часто встречается генитальная форма (до 95%), значительно реже — экстрагенитальная (до 5%).
:
В МКБ-10 выделяют

- N80 Эндометриоз (англ. —);
endometriosis
- N80.0 Эндометриоз матки (англ. —);
endometriosis of uterus, adenomyosis
- N80.1 Эндометриоз яичников (англ. —);
endometriosis of ovary
- N80.2 Эндометриоз маточной трубы (англ. —);
endometriosis of fallopian tube
- N80.3 Эндометриоз тазовой брюшины (англ. —);
endometriosis of pelvicperitoneum
- N80.4 Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища (англ. —);
endometriosis of rectovaginal septum and vagina
- N80.5 Эндометриоз кишечника (англ. —);
endometriosis of intestine
- N80.6 Эндометриоз кожного рубца (англ. —);
endometriosis in cutaneous scar
- N80.8 Другой эндометриоз (англ. —);
other endometriosis
- N80.9 Эндометриоз неуточненный (англ. —).
unspecified endometriosis

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Генитальный эндометриоз делится на внутренний и наружный. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) (до 70%) — разрастание эндометрия происходит в мышечном слое матки, наружный (до 25%) — вне матки, но в пределах половых органов.
.
Классификация генитального эндометриоза (Кулаков В.И., Адамян Л.В., 1998). Аденомиоз (внутренний эндометриоз) подразделяют на диффузный и узловой
Внутренний эндометриоз (аденомиоз) в зависимости от глубины поражения делится на четыре степени:

- I — распространение на подслизистый слой;
- II — распространение до середины миометрия;
- III — вовлекается вся толща миометрия до серозного покрова;
- IV — вовлекается серозная оболочка.

Классификация Американского общества фертильности (англ. —) — международный стандарт оценки степени тяжести эндометриоза и сравнения терапевтических результатов. Основана на подсчете числа гетеротопий: наличие 1–5 очагов относят к легкой форме, 6–15 — к умеренной, 16–30 — к тяжелой; при наличии более 30 очагов эндометриоз называют распространенным.
AmericanFertility Society
В повседневной работе применяют клинические классификации внутреннего эндометриоза (аденомиоза) тела матки, эндометриоидных кист яичников и ретроцервикального эндометриоза (эндометриоза ректовагинальной перегородки). Выделяют четыре стадии распространения эндометриоидных гетеротопий указанных выше локализаций.
Классификация эндометриоидных кист яичников.

- *Стадия I — мелкие точечные эндометриоидные образования без формирования кистозных полостей на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства.*
- *Стадия II — эндометриоидная киста одного из яичников размером не более 5–6 см с мелкими эндометриоидными включениями на брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника.*
- *Стадия III — эндометриоидные кисты обоих яичников. Эндометриоидные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника.*
- ()
Стадия IV — двусторонние эндометриоидные кисты яичников больших размеров более 6 см с переходом патологического процесса на соседние органы: мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространенный спаечный процесс.

Классификация ретроцервикального эндометриоза.

- *Стадия I — расположение эндометриоидных очагов в пределах ректовагинальной клетчатки.*
- *Стадия II — прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист.*
- *Стадия III — распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки.*
- *Стадия IV — вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки, распространение процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки. Как правило, эндометриоидные кисты больших размеров не сопровождаются спаечным процессом.*

К экстрагенитальному эндометриозу относят эндометриоз мочевого пузыря, кишечника, послеоперационного рубца на передней брюшной стенке, почек, легких, средостения, перегородки носа, конъюнктивы и др.
. Клинические проявления эндометриоза зависят от локализации процесса, степени поражения половых и смежных органов, индивидуального болевого порога.
Клиническая картина
()
Визитная карточка эндометриоза — симптомы, непосредственно связанные с менструацией и наиболее ярко выраженные в этот период или 4 Д: дисменорея, диспареуния, дизурия, дизхезия.
, нередко с менархе, — наиболее важный анамнестический симптом эндометриоза. Особое внимание следует уделить эффективности лечения такой дисменореи. Чаще всего вторичная (вызванная эндометриозом) дисменорея полностью не купируется с помощью НПВС или КОК. Именно поэтому, при отсутствии явных признаков эндометриоза у молодой женщины с дисменореей, отсутствие эффекта от КОК или НПВС через 3 мес применения (КР «Эндометриоз», 2020) позволяет с высокой вероятностью заподозрить эндометриоз и назначить лапароскопию или эмпирическую терапию гестагенами.
Дисменорея
(расстройства мочеиспускания), (болезненная и/или затрудненная дефекация) наблюдаются при инфильтративном поражении смежных органов — мочевого пузыря, мочеточников, кишечника (соответственно). — болезненность при половом акте.
Дизурия дисхезия Диспареуния
АМК при эндометриозе носят преимущественно циклический характер, характерны длительные перименструальные кровянистые выделения, анемия.
Знание вышеперечисленного помогает клиницисту лучше ориентироваться в ведении пациенток, которые со своими многочисленными жалобами годами, а иногда десятилетиями путешествуют от врача к врачу, в том числе с заходом в операционную. Опираясь на приведенные факты, гинеколог сможет избежать двух самых распространенных ошибок:

- ;
поздней диагностики болезни
- *назначения лечебных мер в зависимости только от стадии эндометриоза.*

Ниже указаны основные положения, позволяющие улучшить результаты лечения эндометриоза.

- .

Необходимо соблюдать своевременность диагностики. Она крайне важна для прогноза заболевания и для восстановления нарушенной фертильности, где фактор времени играет определяющую роль. Диагностика заболевания запаздывает в среднем на 5–7 лет, а в отдельных случаях и до 20 лет. За это упущенное время не преодолевается бесплодие, у 40% женщин развивается тазовая боль центрального генеза, а у 10% больных формируются распространенные формы с экстрагенитальной локализацией

- ().

Избегать несвоевременного использования высокоинформативных дополнительных методов исследования УЗИ 3D/4D, МРТ, КТ, лапарогистероскопия

- ().

Требуется оценка необходимости оперативного лечения и выбор оптимального хирургического объема и стационара высокой квалификации возможность забора яичниковой ткани или возможность витрификации фолликулов, высокая квалификация и опыт хирургов, наличие смежных специалистов хирургического профиля

- .

Эндометриоз — тяжелое заболевание, и успех лечения во многом определяется опытом врача. Лапароскопия должна выполняться только врачом, который при необходимости может осуществить адекватное хирургическое лечение в полном объеме

-

Коагуляцию эндометриоидных очагов в настоящее время рассматривают как метод, способствующий распространению и рецидивированию эндометриоза.

- .

Высокая частота рецидивов инфильтративных форм эндометриоза обусловлена не только трудностями определения истинных границ поражения, но и сознательным отказом недостаточно опытного хирурга от радикального удаления инфильтрата вблизи жизненно важных органов, что неизбежно приводит к повторным травматичным операциям

- .

Необходимо учитывать, что повторные операции на яичниках приводят к потере времени для восстановления фертильности и снижению овариального резерва

- ().

Использовать препараты с доказанной эффективностью и минимизацией побочных эффектов как в случае медикаментозной терапии — этапа самостоятельного лечения, так и после хирургических вмешательств

- .

Идеальная терапия должна отвечать следующим требованиям: купирование боли, регресс эндометриоидных поражений и сохранение фертильности. У пациентки должна быть возможность выбора препарата с позиции соотношения эффективности и стоимости

- ().

Персонифицированный индивидуальный подход к разработке диагностической и лечебной программы, оптимальной с учетом возраста пациентки, персональных особенностей соматического и репродуктивного здоровья и целей лечения
Цель лечения определяется основными проблемами пациентки: устранение болевого синдрома и/или кровотечений, восстановление фертильности или улучшение качества жизни.

— самая частая разновидность генитального эндометриоза. Ведущими симптомами являются обильные менструальные кровотечения, тазовая боль и дисменорея (см. раздел «Расстройства менструации»). . Особенно сильными боли бывают при поражении перешейка матки, крестцово-маточных связок. При поражении углов матки боли иррадиируют в соответствующую паховую область, при эндометриозе задней части перешейка матки — в прямую кишку. Аденомиоз также может проявляться удлинением менструаций, появлением темных мажущих кровянистых выделений в пре- и постменструальный период. Маточные кровотечения более характерны и более выражены при диффузном аденомиозе.

Эндометриоз матки (аденомиоз)Интенсивность болей не определяется объемом поражения, гораздо большее значение имеет локализация очагов

занимает первое место в категории наружного генитального эндометриоза. Следует отметить роль данной локализации в генерализации процесса: практически всегда поражение кишечника, диафрагмы с перфорацией в сторону плевральной полости, развитие позадишеечного эндометриоза, поражение мочеточников начинается с эндометриоза яичников. По направлению развития выделяют несколько типов эндометриоза яичников: растущий (пролиферирующий), стабильный (фиброзный), регрессивный (дистрофический) и малигнизированный.

Эндометриоз яичников

Эндометриоз яичников до определенного времени может протекать бессимптомно, пока не происходит микроперфорация одной или нескольких камер и вовлечение в процесс тазовой брюшины или прилегающих органов. Во время менструации боли усиливаются — у 60–70% больных наблюдается дисменорея. При перфорации кисты — картина острого живота.
Любые формы эндометриоза яичников — частая причина бесплодия.
встречается редко, чаще всего выявляется интраоперационно.

Эндометриоз маточных труб

может возникнуть первично, особенно часто после диатермокоагуляции, в случаях перехода процесса на эту область при аденомиозе, эндометриозе яичников и труб или при рецидиве, особенно у молодых пациенток. При этой локализации очаги эндометриоидной гетеротопии распространяются на крестцовоматочные связки, прямую кишку, параметрий, задний свод влагалища, мочеточники. Болевой синдром выражен интенсивно, особенно при менструации. Отмечают боль при половом акте, дизурические явления, вздутие живота, запор, иррадиацию боли в поясницу, копчик, задний проход.

Ретроцервикальный эндометриоз

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

встречается крайне редко. Диагностика затруднена. При этой локализации визуально и пальпаторно определяется прорастание стенки влагалища болезненной опухолью с нечеткими контурами и характерными синюшными очагами гетеротопии — «глазками».

Эндометриоз влагалища

Основная жалоба при эндометриозе влагалища — боли во влагалище и глубине таза, от умеренных до сильных и мучительных. Боли носят циклический характер. Они усиливаются при половой жизни, за 1 нед до менструации и после нее. Боли во влагалище могут сопровождаться локальным зудом, возможны кровянистые и коричневые выделения из влагалища за 1 нед до .

и через 1 нед после менструации

. Диагноз устанавливают при осмотре шейки матки, подтверждают путем кольпоскопического и гистологического исследований. Различают поверхностный (эктоцервикальный) и глубокий (эндоцервикальный) эндометриоз шейки матки. Характерными жалобами являются пред- и постменструальные коричневые или кровянистые выделения самопроизвольного или контактного характера. Эктоцервикальный эндометриоз плохо поддается гормональной терапии. Эффективно механическое удаление его очагов с последующим наложением тонких кетгутовых швов на более крупные раневые поверхности.

Эндометриоз шейки матки

наиболее часто локализуется в области пупка и послеоперационного рубца на передней брюшной стенке и промежности. Развивается, как правило, после гинекологических операций или КС. При осмотре рубца или пупка обнаруживают синюшные болезненные образования. Во время менструации из них может выделяться кровь.

Экстрагенитальный эндометриоз

Диагностика эндометриоза начинается с анализа жалоб и данных анамнеза. Ведущее значение имеет цикличность проявления заболевания и связь обострений с менструацией. Необходимо обратить внимание на семейный анамнез по женской линии (болезненные и обильные менструации у матери, сестер, перенесенные ими гинекологические заболевания и операции). Определенное значение имеют перенесенные акушерские и гинекологические операции, во время которых производилось вскрытие полости матки (КС, вылущивание миоматозных узлов и т.д.).
К наиболее значимым клиническим проявлениям эндометриоза относятся тазовая боль, дисменорея, диспареуния, дисхезия и хроническая тазовая боль, бесплодие, нарушения менструального цикла, АМК, а также наличие опухолевидных образований (эндометриоидные кисты) в малом тазу (КР «Эндометриоз», 2020).
Рекомендовано использование визуально-аналоговой шкалы, представляющей градацию боли от 0 (нет боли) до 10 (максимальная боль) в баллах у пациенток с подозрением на эндометриоз и хроничсекой тазовой боли для характеристики выраженности болевого синдрома и воздействия его на качество жизни (см. приложение 31) (КР «Эндометриоз», 2020).
(КР «Эндометриоз», 2020):

Эндометриоз следует заподозрить у женщин, включая девушек, при наличии следующих симптомов

- хроническая тазовая боль;
- дисменорея, негативно влияющая на качество жизни и повседневную активность;

- боль, появляющаяся во время и/или после полового акта — диспареуния;
- гастроинтестинальные симптомы, связанные с менструацией, — боль в кишечнике, запоры или диарея, тенезмы;
- симптомы со стороны мочевой системы, связанные с менструацией, например боль при мочеиспускании, появление крови в моче;
- бесплодие в сочетании с одним или более симптомом.

:

Можно заподозрить эндометриоз при наличии следующих факторов

- обильные менструальные кровотечения, посткоитальные кровотечения;
- дисменорея и/или диспареуния, симптомы которой не исчезают или слабо купируются при приеме КОК и НПВП;
- дисменорея и/или диспареуния, которая может стать причиной отсутствия в школе или на работе;
- неоднократные обращения в неотложном порядке по поводу дисменореи;
- наличие эндометриоза у матери или сестры пациентки;
- субфертильность при регулярной овуляции, проходимости фаллопиевых труб и нормальной спермограмме у партнера;
- диарея, запор, тошнота, боли при дефекации, спазмы в кишечнике, вздутие живота и раннее насыщение;
- наличие пред- и постменструальных мажущих скудных кровянистых выделений в течение ≥2 дней;
- наличие аллергии на цветение трав, аллергического ринита и повышенной чувствительности к пищевым продуктам;
- депрессия, тревога, синдром хронической усталости — эндометриоз встречался значимо чаще;
- наличие мигрени — частота мигрени среди больных эндометриозом в перименструальный период — 30,1–47,2%, в то время как среди здоровых женщин — 15%;
- частые, императивные мочеиспускания с болью или без нее — пациентки с эндометриозом значительно чаще страдают интерстициальным циститом.

В феврале 2022 г. экспертная группа ESHRE представила актуализированное руководство по эндометриозу взамен предыдущей версии, опубликованной в 2013 г. В нем резюмированы данные, полученные исследователями в течение почти 10 лет. Любопытно, что в отечественных КР наличие аллергии на цветение трав, аллергического ринита и повышенной чувствительности к пищевым продуктам является фактором, при котором следует заподозрить эндометриоз, в то время как эксперты ESHRE неоднократно приводят данные исследований различных трав и «многообещающие» результаты китайской медицины при ведении пациенток с эндометриозом, хотя прямых рекомендаций к использованию фитотерапии не дают.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Европейские коллеги рассматривают депрессию только в аспекте качества жизни больных с установленным диагнозом. В отличие от них составители отечественного протокола рекомендуют обратить внимание на пациенток с психоэмоциональными нарушениями, а также с интерстициальным циститом и мигренью, поскольку эти состояния часто ассоциированы с эндометриозом (Руководство «Эндометриоз» ESHRE, 2022).

Гинекологическое исследование не всегда информативно. Могут быть выявлены следующие изменения:

- латеральное смещение шейки матки;
- фиксированная и резко смещенная матка;
- объемные образования придатков;
- наличие узлов в маточно-крестцовой области, утолщение, напряжение и/или образования в крестцово-маточной связке;
- укорочение и напряжение сводов влагалища;
- выраженный стеноз шейки матки;
- наличие мелкобугристого образования в ректовагинальной области;
- болезненность и ограничение подвижности слизистой кишечника (при ректовагинальном исследовании) (КР «Эндометриоз», 2020).

Не рекомендовано исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови для диагностики эндометриоза. Повышенный уровень СА 125 может быть ассоциирован с эндометриозом. Однако эндометриоз может присутствовать, несмотря на нормальный уровень СА 125 (менее 35 МЕ/мл) (КР «Эндометриоз», 2020).

Поскольку в настоящее время аденомиоз не считается формой или подтипом эндометриоза, информация о нем не входит в данные рекомендации ESHRE (2022). Специальные рекомендации по лечению аденомиоза будут подготовлены экспертами ESHRE как отдельное руководство.

Для подтверждения диагноза широко используются вспомогательные методы.

УЗИ. В настоящее время нет единого мнения об информативности эхографии в диагностике аденомиоза. Однако многие авторы (Демидов В.Н., Адамян Л.В., Хачатрян А.К. и др.) отмечают очень высокую частоту совпадений правильно поставленного диагноза (до 94,3%). Более эффективно — УЗИ 3D, а УЗИ 4D по своей диагностической ценности может соперничать с МРТ.

Наиболее характерные УЗ-признаки аденомиоза:

- появление в миометрии отдельных участков повышенной эхогенности;
- зазубренность и неравномерность толщины базального слоя эндометрия;
- преимущественное увеличение переднезаднего размера матки и асимметрическое утолщение одной из ее стенок;
- наличие в зоне повышенной эхогенности округлых анэхогенных включений диаметром 2–5 мм, а также жидкостных полостей диаметром 6–33 мм, содержащих мелкодисперсную взвесь;
- повышение эхогенности в зоне переднего фронта образования и понижение в области дальнего фронта;
- выявление близко расположенных повышенной и пониженной эхогенности полос, ориентированных перпендикулярно к полости сканирования (признак вертикальных полос).

Не рекомендовано использование МРТ малого таза для рутинной диагностики эндометриоза. Следует рассмотреть МРТ малого таза, чтобы оценить степень глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеточника. Следует проводить МРТ (при возможности) при сочетанных заболеваниях — аденомиоз (узловая или кистозная форма) у пациенток репродуктивного возраста для выбора доступа и объема реконструктивно-пластической операции. Целесообразно обеспечить интерпретацию МРТ таза специалистом в области гинекологической визуализации.

МРТ с чувствительностью 95% удовлетворяет критериям для вагинального и ректосигмоидного эндометриоза (КР «Эндометриоз», 2020).

Гистероскопия проводится на 8–10-й день менструального цикла. С помощью гистероскопии точно идентифицируют эндометриоидные ходы в виде темно-красных отверстий («соты эндометриоза»), из которых выделяется кровь, а также выявляют грубый рельеф стенок в виде хребтов и крипт. При гистероскопии необходимо дифференцировать узловую форму эндометриоза от сумбукозной миомы матки.

Эксперты ESHRE этот метод в рамках ведения больных эндометриозом (Руководство ESHRE, 2022).

не упоминают

Кольпоскопия с последующей прицельной биопсией применяется для уточнения диагноза «эндометриоз шейки матки».

Лапароскопию проводят в II фазу менструального цикла, но не позднее чем за 3–4 дня до ожидаемой менструации. В большинстве случаев эндоскопическая диагностика эндометриоза сочетается с этапом хирургического его лечения.

Одно из главных изменений в европейском руководстве затронуло лапароскопическое исследование с последующей оценкой гистологического материала: его больше не считают «золотым стандартом», как это указано в отечественном протоколе. Пациенткам, у которых подозревают эндометриоз и нет прямых показаний к оперативному вмешательству (например, непроходимости маточных труб), рекомендована эмпирическая терапия, в частности прогестагены или КОК.

В первую очередь такой подход обусловлен высокой частотой рецидивов эндометриоза после хирургического лечения.

Кроме того, у некоторых женщин вовсе не наступает значимого улучшения после удаления выявленных очагов. Многие больные в принципе не рассматривают оперативное вмешательство из-за высокого риска связанных с ним осложнений и необходимости госпитализации.

Предпочтения пациенток и активное участие больных в составлении плана ведения — лейтмотив европейского гайдлайна. Зарубежные эксперты постоянно делают акцент именно на том, что при выборе тактики обследования и лечения необходимо в первую очередь учитывать мнение женщины.

В связи с этим диагностику некоторых форм патологического состояния, например эндометриомы яичника и глубокого эндометриоза, допустимо ограничить УЗИ или МРТ, не прибегая к лапароскопическому исследованию с гистологическим подтверждением (Руководство ESHRE, 2022).

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Позиция в отечественном протоколе более радикальная — во всех случаях эндометриом и глубокого инфильтративного эндометриоза необходима биопсия для исключения малигнизации.

В редких случаях могут оказаться полезными фиброколоноскопия, бронхоскопия, пневмопельвиотомография, КТ.
Дифференциальный диагноз осуществляют между эндометриоидными кистами и опухолями яичников. Опорой для установления диагноза считают анамнез, данные УЗИ. Однако у пациенток с эндометриозом яичников стойкий болевой синдром может отсутствовать, а при опухолях яичников возможно появление болей в животе без четкой локализации. Уровень СА 125 может быть повышен не только при опухоли яичников, но и при эндометриозе. В связи с этим повышенные, особенно пограничные (35–100 Ед/мл) уровни этого маркера не могут свидетельствовать в пользу того или иного диагноза. Остальные маркеры также неспецифичны.
Диагноз « эндометриоз» окончательно устанавливают во время операции и по результатам морфологического исследования.
При ректовагинальном эндометриозе может потребоваться дифференциальный диагноз с метастазами хориокарциномы в задний свод влагалища, которые также могут иметь синюшный цвет. В диагностике помогают данные анамнеза, определение уровня ХГЧ.
По поводу эндометриоза пациентка должна быть оперирована в течение жизни **однократно**. *Операции на яичниках и других тазовых органах в 2–5 раз уменьшают запас фолликулов и могут привести к ПНЯ или обусловленному данным фактором бесплодию.*
Современные технологии в программах ВРТ позволяют осуществить забор ооцитов под контролем УЗИ или в ходе лапароскопии даже при наличии эндометрион.
Тубоовариальное воспалительное образование (абсцесс) зачастую сложно дифференцировать, поскольку характерная клиническая картина воспаления может быть стертой, например, при хламидийной этиологии воспаления, а размеры и консистенция образования могут напоминать таковую и при доброкачественных опухолях и эндометриоидных кистах.
При аденомиозе необходим дифференциальный диагноз с миомой, саркомой матки и гиперпластическими процессами эндометрия. Наличие кровотечений служит показанием к гистероскопии и биопсии эндометрия, позволяющей установить диагноз. Ректовагинальные поражения и эндометриоз крестцово-маточных связок в виде шипов требуют обязательного исключения злокачественных опухолей , поэтому правило о его обязательном верно как для этих форм эндометриоза, так и для опухолей яичников (см. соответствующий раздел).
ЖКТобследовании перед операцией
Эндометриоз — «доброкачественный рак», от которого не умирают. Эндометриоз — неизлечимая болезнь. Канон терапии гласит так: дать женщине то, что она хочет в данный момент ее жизни.
Терапия эндометриоза — это прежде
всего облегчение симптомов, преодоление бесплодия и улучшение качества жизни больных.
Самые важные критерии предпочтения того или иного препарата или хирургического метода — клинические проявления болезни (боль, бесплодие, киста, глубокие инфильтративные формы) и репродуктивные планы женщины.
Медикаментозное лечение, стратегии
Концепция медикаментозного лечения эндометриоза — угнетение гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы с целью добиться атрофических изменений в ткани эндометриоидных гетеротопий.
Эндометриоз как хроническое заболевание требует длительного плана ведения с целью максимального применения медикаментозной терапии и предотвращения повторных хирургических вмешательств.
Медикаментозное лечение
Медикаментозная терапия эндометриоза относится к неспецифической, она нацелена на уменьшение выраженности имеющихся симптомов. НПВС . Использование НПВП у пациенток с эндометриозом для купирования болевого синдрома; использование нейромодуляторов при наличии нейропатической боли в качестве эмпирической медикаментозной терапии (без хирургической верификации диагноза) при отсутствии кистозных форм эндометриоза и других опухолей.
НПВП. **не являются средством для лечения эндометриоза**
(КР «Эндометриоз», 2020).
НПВП могут быть назначены кратковременно до 3 мес при отсутствии противопоказаний самостоятельно или в сочетании с терапией первой линии. При недостаточном уменьшении болевого синдрома должно быть назначено другое лечение
Хотя гормональная терапия не является специфической, ее роль в комплексном лечении пациенток с эндометриозом трудно переоценить, поскольку она эффективна, достаточно безопасна, служит профилактикой рецидивирования и прогрессирования заболевания, снижает риск повторного оперативного вмешательства.
Гормональная терапия эндометриоза.
— временное угнетение функции яичников с моделированием состояния псевдоменопаузы с помощью агонистов ГнРГ или антагонистов ГнРГ, ингибиторов ароматазы или инициирование состояния псевдодецидуализации с последующей атрофией очагов эндометриоза за счет воздействия прогестагенов (принимаемых внутрь или внутриматочно), селективных модуляторов прогестероновых рецепторов или КОК.
Патогенетическая основа гормональной терапии
Терапия прогестагенами
(внутрь, внутримышечно или подкожно) можно рассматривать в качестве терапии первой линии (КР «Эндометриоз», 2020).
Монотерапию прогестагенами
Возможна терапия прогестагенами в непрерывном режиме для обеспечения атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента; можно применять прогестагены в циклическом режиме у планирующих беременность (КР «Эндометриоз», 2020).
В европейских рекомендациях (Руководство ESHRE, 2022) прогестагены также указаны препаратами первой линии.
Диеногест относится к прогестагенам IV поколения, сочетая в себе свойства как производных 19-нортестостерона, так и производных прогестерона; ему свойственны хорошая переносимость, отсутствие негативных метаболических и сосудистых эффектов, что является хорошей основой длительного лечения.
Диеногест.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

К достоинствам этого прогестагена относят особый механизм блокады овуляции, направленный на апоптоз гранулезных клеток растущего фолликула, ингибирование уровня ФСГ и ЛГ и умеренное снижение продукции эстрадиола.
Диеногест оказывает направленное антипролиферативное и противовоспалительное действие на эндометриоидные очаги, контролируя выработку простагландинов и их метаболизм.
Диеногест блокирует ароматазу, таким образом снижая концентрацию эстрадиола в патологических очагах, лишая их возможности к пролиферации. Кроме того, он снижает продукцию и высвобождение индуцированных эстрадиолом ангиогенных факторов, таких как сосудистый эндотелиальный фактор роста, способен стимулировать апоптоз в эндометриоидных клетках. За счет селективной активности производных прогестерона он активирует исключительно прогестероновые рецепторы и не имеет андрогенного, эстрогенного или глюкокортикоидного действия. Его отличает мощная прогестогенная активность, а также выраженное антиэстрогенное воздействие на локальном уровне.
снижает синтез эстрадиола яичниками только в пределах «терапевтического окна» (пороговая концентрация эстрогенов в сыворотке крови 30–60 пк/мл), что позволяет избежать симптомов дефицита эстрогенов (приливов жара, вагинальной атрофии, потери минеральной плотности костной ткани), характерных для терапии.
Диеногест
в дозе 2 мг/сут успешно купирует боль, связанную с эндометриозом, включая дисменорею, предменструальную боль, диспареунию и диффузную тазовую боль, по сравнению с плацебо.
Диеногест
На российский фармакологический рынок относительно недавно (2019) поступил новый вариант диеногеста под названием . характеризуется высоким уровнем биоэквивалентности, достигающей 99%, и хорошей степенью очистки, удобной упаковкой. Хороший профиль .
Зафрилла®Микронизированная форма диеногеста (Зафрилла®)безопасности и переносимости Зафриллы® обеспечивает высокую комплаентность лекарства
С целью изучения безопасности и эффективности длительного лечения диеногестом пациенток с ХТБ, ассоциированной с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ), в период с июня 2020 г. по июль 2021 г. на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии (зав. кафедрой — член-кор. РАН, засл. деятель науки РФ, проф. В.Е. Радзинский) было проведено 24-недельное проспективное обсервационное сравнительное исследование.
(Зафрилла®)Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Орехов Р.Е. Эффективность терапии эндометриоз-ассоциированной тазовой боли, резистентной к хирургическому лечению // Гинекология. 2021. Ч. 23. № 4. С. 314–323. DOI: 10.26442/20795696.2021.4.201097.
Для исследования были отобраны 163 пациентки с лапароскопически и морфологически подтвержденным НГЭ (МКБ-10 — N80.1, 80.2, 80.3, 80.4) и тазовой болью, возникшей через 3–6 мес после хирургического лечения НГЭ . Из 163 женщин 37 не соответствовали критериям включения. Поэтому в исследовании приняли участие 126 пациенток в возрасте 33–40 лет. В зависимости от степени выраженности болевого синдрома, который оценивали по вербальной рейтинговой шкале.
(МКБ-10 — N94.8 «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом»)
В ходе исследования установлены в терапии .
высокая эффективность и безопасность препарата Зафрилла® (диеногеста)эндометриоз-ассоциированной тазовой боли, резистентной к хирургическому лечению

обеспечивало обезболивание и облегчение симптомов, устойчивое улучшение качества жизни и сексуального функционирования. Был также достигнут высокий уровень удовлетворенности и комплаентности пациенток. Все это позволяет рекомендовать диеногест для долгосрочного лечения эндометриоза у пациенток с НГЭ, резистентным к хирургическому воздействию. — не только эффективный, удобный и безопасный метод лечения эндометриоз-ассоциированной тазовой боли, но и средство, улучшающее качество жизни пациенток с НГЭ и ХТБ.
Лечение диеногестом продолжительностью до 24 недЗафрилла® (диеногест)
Доказана эффективность диеногеста в профилактике рецидивов тазовой боли *de novo***.**
В подчеркивается, что в рамках вторичной профилактики эндометриоз-ассоциированной тазовой боли и дисменореи можно рассмотреть назначение в послеоперационном периоде .
международных рекомендациях ESHRE (2022)гестагенов (приоритетно диеногест) в течение не менее 18–24 мес (А — сильная рекомендация)
В исследовании другой степени доказательности, также выполненном под руководством член-кор. РАН, засл. деятель науки РФ, проф. В.Е. Радзинского в период с июня 2020 г. по март 2022 г., у пациенток после хирургического лечения эндометриом установлено, что на фоне отмечались статистически значимое снижение среднего значения выраженности болевого синдрома по всем шкалам (NRS, VAS диспареуния, дисменорея и ХТБ) и его трансформация из умеренного в средний к 3-му месяцу лечения (в среднем в 2,5 раза), а в слабый или отсутствующий — к 6-му месяцу (в среднем в 5 раз по сравнению с показателями до назначения терапии). Интересно, что через год после отмены .
терапии диеногестом (Зафрилла®)ДНГ сохранялась позитивная алгологическая компенсация болевого синдрома

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Важно отметить, что в настоящем исследовании оценивались эффективность и безопасность долгосрочной послеоперационной прогестинотерапии (ДНГ Зафрилла) для профилактики рецидивов ЭЯ. Частота рецидивов эндометриом на фоне послеоперационного лечения ДНГ составила 1,22% (1 из 82 через 48 нед), в то время как частота рецидивов в группе пациенток без лечения — 22,7% (5 из 22), медиана времени до рецидива составила 36 нед (диапазон — 12–41 нед).
®Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Орехов Р.Е., Таирова М.Б. Эффективность профилактики рецидивов после хирургического лечения эндометриоза яичников // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2022. Ч. 21. № 3. С. 45–47.
Норэтистерона ацетат относится к производным 19-нортестостерона II поколения. Однако даже в небольшой дозе прием прогестагенов с остаточными андрогенными свойствами в непрерывном режиме ( ). В то же время важно избегать развития гипоэстрогении.
Норэтистеронаацетат.*может сопровождаться метаболическими нарушениями, а именно увеличением массы тела, дислипидемией, гиперинсулинемией* **уровень доказательностиIIb**
Механизм действия дидрогестерона отличается от механизма других прогестагенов тем, что в терапевтических дозах он не подавляет овуляцию, поэтому является препаратом выбора для предимплантационной подготовки эндометрия у пациенток с эндометриозом.
Дидрогестерон.
посредством подавления транскрипции ангиогенных факторов, , который способствует росту и развитию эндометриоидных гетеротопий. Дидрогестерон достоверно подавляет пролиферативную активность стромальных клеток посредством подавления экспрессии матриксных металлопротеиназ (ММР), тем самым ингибируя неоангиогенез.
Дидрогестерон подавляет пролиферативную активность стромальных клетокингибирует неоангионезMönckedieck V. et al. Progestins inhibit expression of MMPs and of angiogenic factors in human ectopic endometrial lesions in a mouse model // Molecular human reproduction. 2009. Т. 15. № 10. С. 633–643.
Терапия дидрогестероном с возможностью выбора режима лечения в зависимости от текущих потребностей пациентки (20–30 мг/сут непрерывно или с 5-го по 25-й день менструального цикла) существенно повышает ее эффективность и дает возможность врачу подобрать терапию с учетом индивидуальных потребностей пациентки.
Согласно результатам крупнейшего в мире клинического исследования «ОРХИДЕЯ» с участием 350 пациенток с эндометриозом по применению дидрогестерона подтверждена достоверная эффективность двух режимов терапии дидрогестероном (как непрерывного, так и пролонгированного циклического) в отношении уменьшения хронической тазовой боли, выраженности дисменореи, улучшения качества жизни и сексуального благополучия, отсутствия влияния на длительность циклов. Выявлена также обратно пропорциональная зависимость между длительностью приема дидрогестерона и необходимостью принимать обезболивающие препараты. Благоприятный профиль безопасности дидрогестерона был подтвержден отсутствием нежелательных лекарственных реакций на протяжении всего исследования. Полученные результаты позволяют улучшить лечение эндометриоза, предоставляя возможность персонализировать терапию с учетом индивидуальных потребностей пациенток.
Согласно результатам исследования проф. В.Ф. Беженаря, через 12 мес после операции на фоне приема дидрогестерона у пациенток отмечалось статистически значимое ; статистически значимо ; у пациенток с бесплодием после операции на фоне терапии дидрогестероном.
снижение интенсивности дисменореи, диспареунии и ХТБповышалась удовлетворенность половой жизнью и качеством жизни в целомвысокая частота наступления беременности Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю., Кузьмина Н.С. и др. Целесообразность длительной гормональной терапии эндометриоза после хирургического лечения // Акушерство и гинекология. 2021. № 4. С. 134–142.
Циклический режим приема дидрогестерона (Дюфастон) в II фазе менструального цикла недостаточно эффективен для терапии боли и предназначен только для поддержания лютеиновой фазы при лечении эндометриоз-ассоциированного бесплодия.
♠

Парентеральные прогестагены
. Эффективность депонированных форм прогестагенов при лечении боли, связанной с эндометриозом, сопоставима с таковой агонистов ГнРГ в отношении дисменореи, диспареунии и ХТБ. Главный недостаток этой терапии — длительные и обильные , с трудом поддающиеся коррекции, так как эффект прогестагена не может быть быстро и полностью нивелирован. В РФ зарегистрирован по показанию «контрацепция», действующими КР не рекомендуется для первой линии контрацептивов с лечебными преимуществами.
Депо медроксипрогестерона ацетата℘*кровотечениепрорыва*
Левоноргестрел-выделяющая терапевтическая внутриматочная система является еще одним приемлемым методом контрацепции с доказанным терапевтическим потенциалом при эндометриозе/аденомиозе и рекомендуется действующими КР в качестве терапевтического средства второй линии у женщин, не планирующих беременность. Эффективность левоноргестрела при различных формах эндометриоза обусловлена выраженным антиэстрогенным и антипролиферативным действием левоноргестрела — производного 19-нортестостерона. Ежедневное поступление 20 мкг левоноргестрела в полость матки приводит к атрофии эутопического и эктопического эндометрия без подавления овуляции, купированию боли (метод выбора после хирургического лечения; эффективно в первые 3 года использования), уменьшению кровопотери во время менструации вплоть до развития аменореи у части пациенток.
Левоноргестрел-выделяющая терапевтическая внутриматочная система.
Комбинированная терапия эстрогенами и прогестагенами
КОК не являются средством для лечения эндометриоза, и их относят к препаратам первого выбора .
с целью контрацепции у пациенток, страдающих эндометриозом и не планирующих беременность

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Рекомендовано применение КОК у пациенток с эндометриозом для контрацепции, в качестве эмпирической терапии, профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения (КР «Эндометриоз», 2020).
Руководство ESHRE (2022) относит назначение КОК для уменьшения диспареунии, дисменореи и неменструальных болей к классу B. С другой стороны, для постоянного использования КОК у женщин, страдающих от боли, связанной с эндометриозом, были получены доказательства класса C. Преимущества использования КОК для лечения эндометриоза включают хорошую переносимость, а также низкую стоимость и надежный контрацептивный эффект. КОК снижают объем менструальных выделений, вызывают децидуализацию эндометриоидных гетеротопий и снижают их клеточную пролиферацию.
Происходит подавление функции яичников, а также трансформации арахидоновой кислоты в простагландины, что приводит к уменьшению выраженности тазовой боли и дисменореи. Перечисленные выше эффекты детерминированы прогестагенным компонентом КОК, однако более интересна и противоречива роль этинилэстрадиола в их составе.
Особенности фармакодинамики этинилэстрадиола в составе КОК в терапии эндометриоза
Морфофункциональные . Общеизвестен факт, что апоптоз является ключевым фактором в динамике физиологического эндометриального клеточного цикла и влияет на процесс циклической десквамации эндометрия во время менструации. , а также изменения активности ферментов и рецепторов стероидных гормонов. Снижение апоптоза эктопического эндометрия можно объяснить резистентностью к прогестерону, которая снижает способность эндометрия подвергаться циклическим изменениям. Это нарушение вызвано повышением антиапоптотических факторов и снижением уровней проапоптотических факторов и является одним из ключевых звеньев патогенеза распространения и персистенции эктопической эндометриоидной ткани. Более того, резистентность к прогестерону обусловлена снижением

экспрессии , который подавляет циклические изменения и снижает апоптоз в эктопическом эндометрии. Y. Bono с соавт. (2014) культивировали иммортализованные эпителиальные клеточные линии и оценивали эффект прогестинов отдельно или в комбинации с этинилэстрадиолом (ЭЭ). Их результаты показали, что ЭЭ усиливает действие прогестинов , чем может быть обусловлена высокая эффективность КОК в терапии боли, вызванной эндометриозом.

характеристики *эутопического* **эндометрия значительно отличаются от** *эктопического* **эндометрияВ эктопическом эндометрии по сравнению с эутопическим здоровых женщин обнаружены повышенная пролиферация и снижение апоптозарецептора прогестерона В-типана подавление роста эпителиальных клеток через эстрогеновый рецептор α и путем стимулирования экспрессии рецептора прогестерона В**

Параллельно с вышеописанным было продемонстрировано, , способствующего пролиферации эндометриоидных поражений. Было показано, что гормональная среда с снижает плотность нервных волокон и подавляет ангиогенез в эндометриоидных очагах. Эти исследования также подтверждают клинические доказательства пользы КОК для лечения боли, связанной с эндометриозом.

что КОК блокируют выработку эндогенного Е2 яичниками и овуляцию и создают гормональную среду с преобладанием эффекта прогестинов, что снижает местный ответ рецептора Е*преобладанием эффекта прогестинов*

Выбор прогестинового компонента

Поскольку как уже было показано выше, является самым доступным современным прогестином, имеющим показания для лечения эндометриоза в качестве монотерапии.

именно прогестаген в составе КОК несет в себе ключевую терапевтическую функцию, необходимо подобрать тот идеальный вариант, который сможет обеспечить желаемые результаты с минимальными побочными эффектами. Диеногест (ДНГ), производное 19-нортестостерона,

Диеногест в рамках прогестинового компонента в составе КОК обладает мощным антипролиферативным действием — за счет активации внутриклеточных сигнальных систем, а также противовоспалительными эффектами — снижение факторов воспаления в эндометриоидной гетеротопии и перитонеальной жидкости. Таким образом, КОК, содержащие диеногест, отличаются от других препаратов данной группы именно благодаря индивидуальным «специализированным» эффектам диеногеста на эндометриоидные гетеротопии.

(например, Силует)

Справедливости ради нужно сказать, что сегодня ни один КОК в мире в списке показаний, перечисленных в официальной инструкции, медикаментозное лечение эндометриоза. КОК рассматриваются как средство для надежной контрацепции, что также очень важно и для женщин, страдающих эндометриозом, поскольку высокий паритет, хирургические вмешательства на матке в анамнезе, в том числе аборты, являются важными факторами риска развития эндометриоза. С другой стороны, за счет выраженных антипролиферативных эффектов гестагенового компонента, например, диеногеста в терапевтической дозе 2 мг, клиницист ожидает дополнительные лечебные преимущества. Важно помнить о необходимости .

Точка зрения.не включаетиспользования непрерывного режима (пролонгированный режим) КОК, такого как 48/4, 72/4, 63/7, 84/7, у пациенток, страдающих эндометриозом

Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона

Агонисты ГнРГ наиболее эффективны при лечении тяжелых тазовых болей, резистентных к терапии прогестагенами, и инфильтративных форм эндометриоза. В клинической практике используют следующие препараты: нафарелин, гозерелин, трипторелин, бусерелин и лейпрорелин. Для лечения эндометриоза применяют депо-формы агонистов ГнРГ, внутримышечные инъекции, подкожные имплантаты, которые вводят 1 раз в 28 дней с 2–4-го дня цикла, возможна также терапия с ежедневным использованием интраназальных спреев. При использовании агонистов ГнРГ формируется состояние гипоэстрогении, сопровождающееся атрофическими изменениями эндометриоидных очагов. На фоне терапии агонистами ГнРГ развивается эстрогендефицитное состояние, клинически проявляющееся приливами жара, сухостью слизистой оболочки влагалища, снижением либидо, уменьшением размеров молочных желез, нарушением сна, эмоциональной лабильностью, раздражительностью, головной болью и головокружениями, что требует назначения возвратной терапии. Монотерапию агонистами ГнРГ можно проводить в течение и только в комбинации с возвратной комбинированной ЗГТ с целью лечения симптомов медикаментозной менопаузы и профилактики снижения костной плотности.

не более 6 мес

()()

Агонисты ГнРГ или левоноргестрел-внутриматочную систему ЛНГ-ВМС следует считать терапией второго этапа уровень доказательности IA.

Ни одна из предложенных стратегий лечения эндометриоза не приводит к его полному излечению и не позволяет избежать рецидива.

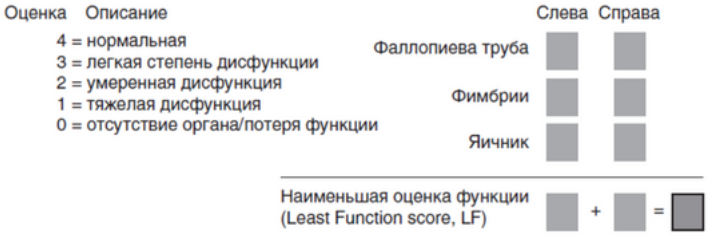
()

*В некоторых ситуациях единственным методом лечения эндометриоза может быть полная если удается***хирургическая ликвидация очага**.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Рекомендовано при лапароскопии у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием использовать стандартизованную методику и оценку индекса фертильности эндометриоза с учетом данных анамнеза и хирургического вмешательства (Endometriosis Fertility Index). Важно отметить, что для расчета наименьшей функции необходимо выбрать наименьший балл в каждой из колонок (слева и справа) и сложить их. В случае отсутствия одного из яичников для расчета наименьшей функции нужно удвоить выбранный наименьший балл из другой колонки (рис. 5.7).

Расчет индекса фертильности эндометриоза.



Определение минимальной сохраненной функции по заключению хирурга

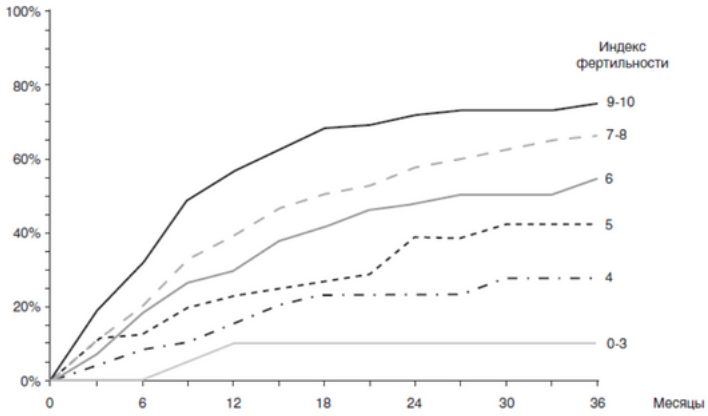
Рис. 5.7.

Расчет этого показателя включает в себя данные хирургического заключения после лапароскопии, данные анамнеза и другие параметры оценки по AFS-классификации. Необходимым условием для расчета индекса фертильности является лапароскопически подтвержденный эндометриоз с заключением хирурга, включающим оценку функции главных анатомических структур, участвующих в репродукции. Разработаны специальные таблицы для интраоперационного определения степени нарушения функций органов малого таза.

Анамнестические данные			Данные хирургического вмешательства		
Фактор	Определение	Баллы	Фактор	Определение	Баллы
Возраст	≤35 лет От 36 до 39 лет ≥40 лет	2 1 0	LF-оценка	От 7 до 8 От 4 до 6 От 1 до 3	3 2 0
Длительность периода бесплодия	≤3 лет Более 3 лет	0 2	AFS-классификация Оценка эндометриоза	Менее 16 ≥16	1 0
Предыдущие беременности	Наличие Отсутствие	1 0	AFS-классификация Полная оценка	Менее 71 ≥71	1 0
Итог анамнестических данных:			Итог операционных данных:		

Индекс фертильности = +

Расчет индекса фертильности при эндометриозе
Рис. 5.8.
Ключ (интерпретация): индекс фертильности варьирует от 0 до 10 (10 — лучший прогноз). Существует рекомендуемая номограмма, связанная с оценкой индекса фертильности, помогающая сориентироваться в прогнозе и частоте наступления беременности в случае наличия эндометриоза (рис. 5.9).



Клиническая оценка индекса фертильности
Рис. 5.9.
:
Профилактика эндометриоза

- своевременное выявление и лечение хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов;
- внедрение современных средств контрацепции в целях предупреждения нежелательной беременности;
- целенаправленное лечение маточных кровотечений с использованием гормональных препаратов;
- замена хирургического аборта медикаментозным.

, направленная на предупреждение или замедление прогрессирования заболевания после установления диагноза. Основная задача — независимо от его типа, в том числе после оперативного вмешательства.
Важным аспектом является вторичная профилактикаснизить риск рецидива
Результаты Кокрейновского систематического обзора (2020) подтвердили заболевания при назначении (КОК, агонистов ГнРГ, даназола).
снижение частоты рецидивовпослеоперационной гормональной терапии
Обзор, посвященный этой группы препаратов, показал, что у женщин после хирургического лечения эндометриоза, включая цистэктомию при наличии эндометриомы, послеоперационный прием КОК в течение 6–24 мес служит эффективным средством профилактики эндометриоз-ассоциированной дисменореи. Эксперты ESHRE присвоили рекомендации пациенткам с эндометриомой, не планирующим в ближайшее время реализацию репродуктивной функции, статус (Strong recommendation).
послеоперационномуиспользованиюпослеоперационногоназначенияКОК«сильной»
Прогноз
Эндометриоз — рецидивирующее заболевание, частота рецидивов составляет до 20% в год, кумулятивный риск в течение 5 лет — 50%. Частота рецидивов через 5 лет доходит до 74%.
Более благоприятен прогноз после гормонального лечения эндометриоза у женщин менопаузального возраста.
Прогноз при комбинированном медикаментозном и лапароскопическом лечении эндометриоза благоприятный, если в течение 5 лет женщина не страдает от тазовых болей или у нее не отмечаются другие признаки эндометриоза.
Проблема онкологических рисков подробно раскрыта в новом руководстве ESHRE. Как и ранее, эксперты утверждают, что вероятность рака в этой когорте повышена незначительно. В прошлой версии документа заболевание считали ассоциированным с опухолью яичников и неходжкинской лимфомой. Теперь на первый план выходят все тот же овариальный рак, злокачественные новообразования молочной и щитовидной желез. Необходимо также разъяснять пациенткам, что гормональная терапия, даже при пожизненном приеме, не провоцирует канцерогенез. Кроме того, в руководстве упомянуты общие меры профилактики, о которых целесообразно информировать больных:

- отказ от курения и ограничение алкогольных напитков;
- поддержание нормальной массы тела;
- регулярная физическая нагрузка;
- включение в рацион питания фруктов и овощей;
- использование солнцезащитных средств.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Миома матки
Миома матки (лейомиома матки) — доброкачественная гормонозависимая моноклональная опухоль матки, состоящая из клеток мышечного и соединительнотканного происхождения. Миома матки занимает второе место в структуре гинекологической заболеваемости, составляя 10–27% всех гинекологических заболеваний. Миому матки выявляют в среднем у 80% женщин (по данным аутопсийных исследований). Клинически она проявляется у 30–35% женщин в возрасте после 35 лет; в 2 раза чаще встречается у представителей негроидной расы.
В настоящее время отмечается рост частоты встречаемости миомы матки у молодых женщин до 30 лет, не реализовавших репродуктивную функцию (КР «Миома матки», 2020).
Этиология и патогенез миомы окончательно неясны.
Эстрогены и прогестерон традиционно рассматривают как стимуляторы роста лейомиомы, что подтверждает значительно большая экспрессия в них рецепторов эстрогенов, эстрогенрегулируемых генов и еще в большей степени экспрессия рецепторов прогестерона (изоформ А и В) по сравнению с миометрием и эндометрием.

Генетическая природа данного заболевания подтверждается наличием «семейных форм» миомы матки у 5–10% женщин, при этом доказано, что миома матки — это моноклональная опухоль, то есть рост ее происходит из одной первичной мутантной клетки, которая приобретает способность нерегулируемого роста.
Существенный вклад в патогенез миомы матки вносит и процесс образования новых сосудов из уже существующих — неоангиогенез.
В процессе развития миомы матки ключевую роль играют также и ростовые факторы. Основными факторами роста, участвующими в патогенезе миомы матки, являются инсулиноподобные факторы роста, сосудисто-эндотелиальный фактор роста, фактор, индуцируемый при гипоксии, фактор роста фибробластов, тромбоцитарный фактор роста, ангиогенин, эпидермальный фактор роста, оксид азота, интерлейкин-8, матриксные металлопротеиназы. Все эти факторы образуют сложную систему взаимодействия и каскады активации, которые имеют ключевую роль в молекулярном патогенезе лейомиомы.
К факторам риска, связанным с развитием миомы матки, относят раннее менархе, отсутствие родов в анамнезе, поздний репродуктивный возраст, ожирение, прием тамоксифена, высокий паритет, менопауза, курение, прием КОК, воспалительные процессы.
В МКБ-10 выделяют:

- (D25):

Лейомиомаматки

- D25.0 Подслизистая лейомиома матки;
- D25.1 Интрамуральная лейомиома;
- D25.2 Субсерозная лейомиома;
- D25.9 Лейомиома неуточненная.
- (D26):

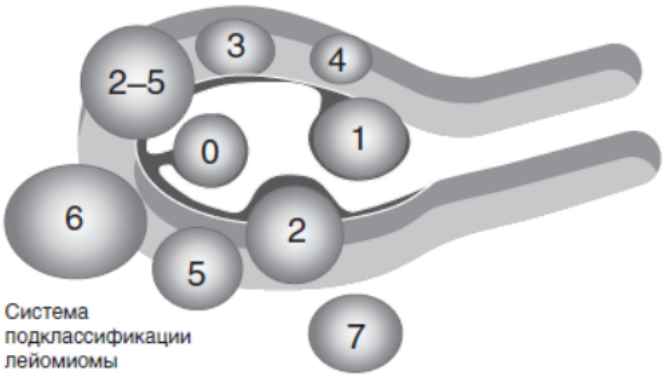
Другие доброкачественные новообразования матки

- D26.0 Доброкачественное новообразование шейки матки;
- D26.1 Доброкачественное новообразование тела матки;
- D26.7 Доброкачественное новообразование других частей матки;
- D26.9 Доброкачественное новообразование матки неуточненной части.
- (O34):

Медицинская помощь матери при установленной или предполагаемой аномалии органов таза

- O34.1 Опухоль тела матки, требующая предоставления медицинской помощи матери.

. У 50–60% миома матки протекает бессимптомно. К основным проявлениям относятся маточные кровотечения, бесплодие, сдавление смежных органов (мочевого пузыря, прямой кишки), хронические тазовые боли, хроническая железодефицитная анемия. Около 4% беременностей протекает на фоне миомы; в 50–60% наблюдают незначительные изменения в размерах миоматозных узлов, у 22–32% беременных отмечают рост узлов, а у 8–27% — уменьшение.
Клиническая картина
Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
Таблица 5.7.



Субмукозная миома	0	Узел в полости на ножке
	1	<50% интрамуральный компонент
2	≥50% интрамуральный компонент	
3	Контактирует с эндометрием, 100% интрамуральный узел	
Другие миомы	4	Интрамуральная
	5	Субсерозная ≥50% интрамуральная
	6	Субсерозная <50% интрамуральная
7	Субсерозная на ножке	
8	Другая	
Гибридная (контактирует с эндометрием и серозной оболочкой)	2–5	Субмукозная или субсерозная

Большие узлы, как правило, растут в среднем на 12%, но не более чем на 25% за всю беременность. Маленькие миоматозные узлы, наоборот, имеют тенденцию стабилизироваться в размерах.
Симптомы заболевания: АМК, боли внизу живота различного характера и интенсивности, болезненные и обильные менструации, бесплодие при отсутствии других причин, невынашивание беременности, нарушение функции смежных органов (дизурические расстройства, запоры), диспареуния и др.
Диагностика миомы матки основана на результатах двуручного влагалищного исследования, УЗИ органов малого таза с допплеровским исследованием, что позволяет выявить наличие узлов и их локализацию, состояние кровотока. МРТ в ряде случаев позволяет уточнить локализацию узлов и их соотношение с маткой, гистероскопия — диагностировать наличие субмукозных узлов, а также сопутствующие изменения эндометрия.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Все женщины с диагностированной миомой матки подлежат обязательному диспансерному наблюдению (с регулярными УЗИ 1 раз в 6 мес).
Лечение пациенток с миомой матки может быть консервативным и хирургическим.
При бессимптомном течении заболевания в случае размеров матки медикаментозное и/или хирургическое лечение не показано (КР «Миома матки», 2020).

небольших
. В КР есть понятие «большой размер опухоли (более 12 нед беременности)», значит, все остальное и есть «небольшой».
Комментарий
Комплексная терапия предусматривает нормализацию массы тела женщины, включая ежедневную физическую активность — быструю ходьбу (около 10 000 шагов), бег, плавание и др.
Неприемлемым следует считать диспансерное наблюдение пациенток с миомой матки без адекватной терапии. Все женщины с диагностированной миомой матки при отсутствии императивных показаний к хирургическому лечению должны проходить оздоровительные мероприятия. Например, при наличии ожирения и бессимптомной миомы матки следует лечить ожирение, поскольку ожирение — фактор риска роста миоматозного узла.
Одной из важнейших задач становится сохранение репродуктивных возможностей больных с диагнозом «миома матки».
Для лечения пациенток с диагнозом «миома матки» у акушера-гинеколога есть как минимум . , хирургические возможности — гистерэктомия влагалищная, лапаротомная, лапароскопическая или гистероскопическая миомэктомия. , альтернативные регрессионные методы — эмболизация маточных артерий и фокусированная УЗ-абляция узлов миомы матки. , терапевтический подход — использование аналогов ГнРГ (агонистов ГнРГ), селективных тканеспецифичных модуляторов рецепторов прогестерона.
три пути Во-первых Во-вторых В-третьих
Хирургическое направление по-прежнему лидирует: в профильных рекомендациях указано, что оперативное лечение необходимо большинству женщин при наличии «симптомной» (термин неудачный, ибо увеличение матки — уже симптом) миомы матки. Альтернативные методы успешно развиваются, но в силу многих обстоятельств, включая высокую стоимость, еще не стали реальными конкурентами хирургическим технологиям. .
Успешно распространяется прежде считавшееся неэффективным консервативное лечение
При бессимптомном течении миом, за исключением больших размеров опухолей, нет оснований для назначения лекарственных средств.
:
Патогенетически обосновано назначение препаратов следующих групп (ГРЛС, 2020)

- агонисты ГнРГ (гозерелин, нафарелин, бусерелин);
- селективный модулятор прогестероновых рецепторов (улипристала ацетат).

℘Разрешение на применение в РФ приостановлено Росздравнадзором (апрель 2020 г.).
Назначают агонисты ГнРГ — депо-формы 1 раз в 28 дней, 6 циклов, начиная с 1-го дня очередного менструального цикла под контролем УЗИ 1 раз в 3 мес.
.
Агонисты ГнРГ

- Агонисты ГнРГ показали эффективность при назначении в течение 3–4 мес до хирургического лечения миомы матки — они уменьшают объем как матки, так и миоматозных узлов.
- Использование агонистов ГнРГ в предоперационном лечении при железодефицитной анемии эффективно снижает интраоперационную кровопотерю.
- Лечение ограничено 3–6-месячным курсом, так как лечение агонистами ГнРГ связано с побочными эффектами, включая гипоэстрогению, менопаузальные симптомы, такие как приливы и вагинит, а также снижение МПК.
- Через 2–3 мес после отмены агонистов ГнРГ узлы миомы приобретают первоначальные размеры.
- Агонисты ГнРГ являются эффективным средством предоперационного лечения пациенток с миомой матки и анемией (гемоглобин <80 г/л) либо для уменьшения размеров миомы и облегчения выполнения оперативного вмешательства.
- Длительность предоперационного лечения ограничивается 3 мес.

. Прогестагены не влияют на стабилизацию или уменьшение роста миоматозных узлов, однако их можно назначать на короткие сроки для уменьшения объема кровопотерь и предоперационного повышения уровня гемоглобина, а также для профилактики гиперпластических процессов эндометрия при миоме матки.
Прогестагены
Нецелесообразна терапия прогестагенами при наличии субмукозной миомы матки (КР «Миома матки», 2020).
Рекомендована терапия прогестагенами преимущественно в непрерывном режиме для обеспечения атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента. Перорально назначаемые прогестагены уменьшают соответствующие симптомы заболевания, их эффективность зависит от режима назначения. При циклическом режиме (с 14-го по 26-й день цикла) эффективность составляет 0–20%, при 21-дневном режиме (с 5-го по 26-й день цикла) — 30–50% (КР «Миома матки», 2020).
Рекомендовано использование КОК пациенткам с миомой матки, нуждающимся в контрацепции. Данная группа лекарственных препаратов эффективно снижает объем менструальной кровопотери, не оказывая влияния на рост узлов миомы (КР «Миома матки», 2020).
Непосредственная внутриматочная доставка прогестагенов — широко применяемый удобный метод, обеспечивающий высокую комплаентность и позволяющий избежать эффекта первичного прохождения стероида через печень. ЛНГ-ВМС снижает кровопотерю и восстанавливает уровень гемоглобина при миоме матки с эффективностью до 74–97%, не оказывая воздействия на величину миоматозных узлов.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Применение ЛНГ-ВМС противопоказано в случаях субмукозной локализации миоматозных узлов, при миоматозных узлах с центрипетальным ростом (КР «Миома матки», 2020).
При наличии миомы матки терапия прогестагенами .
субмукознойнецелесообразна
.
Антагонисты ГнРГ

- Препараты данной группы лекарственными средствами для лечения миомы матки.

не являются
- Антагонисты ГнРГ не противопоказаны при использовании ВРТ при миоме матки.

Применение мифепристона в дозе 2,5–5,0 мг в течение 3–6 мес уменьшает объем кровопотери при миоме и улучшает качество жизни, не уменьшая значительно объем миоматозного узла. В РФ зарегистрирован мифепристон в дозе 10 мг (КР «Миома матки», 2020).
.
Ингибиторыароматазы

- Ингибиторы ароматазы для лечения миомы матки.

не применяют
- Для миомы матки зарегистрирована доза мифепристона 50 мг.
- Ежедневное и длительное применение мифепристона часто приводит к ГЭ и вызывает ациклические кровянистые выделения из матки.
- Уменьшение размеров узлов миомы матки незначительно.

. Показания в соответствии с инструкцией: курсовая терапия миомы матки у взрослых женщин старше 18 лет до наступления менопаузы, для которых эмболизация и/или хирургическое лечение миомы матки неприменимы или были неэффективны.
Селективные модуляторы рецепторов прогестерона

- Прием улипристала ацетата по 5 мг 1 раз в день в течение 12 нед способствует остановке маточного кровотечения, коррекции анемии и уменьшению объема миомы.

℘

- Улипристала ацетат улучшает качество жизни и не оказывает гипоэстрогенных побочных эффектов.

℘

- Препарат рекомендован для предоперационной терапии умеренных и тяжелых симптомов лейомиомы матки.
- Негормональная терапия.

.
НПВС

- Систематический обзор Ассоциации Кохрана (2013) показал, что при миоме матки НПВС могут уменьшить значительную менструальную кровопотерю, однако менее эффективно, чем транексамовая кислота, даназол или ЛНГ-ВМС. Нет также данных о различиях между отдельными препаратами НПВС, например напроксеном и мефенамовой кислотой, в снижении менструальной кровопотери.
- НПВС эффективны при боли, связанной с асептическим некрозом лейомиомы.
- Короткие курсы ибупрофена снижают болевые ощущения при миоме матки.
- Доказано, что индометацин может быть эффективен в лечении боли, связанной с дегенерацией миомы матки во время беременности.
- Применение НПВС регламентировано КР «Миома матки» (2020).
- использование НПВП (НПВС) у пациенток с миомой матки при дисменорее и АМК для снижения болевого синдрома и объема кровопотери. НПВС снижают активность циклооксигеназы-2 (экспрессия которой значительно выше в миоме матки по сравнению с нормальным миометрием) и уровень простагландинов, что позволяет уменьшить выраженность болевого синдрома и объем кровопотери.

Рекомендовано

. В качестве негормональных препаратов первой линии у пациенток с миомой матки и АМК для уменьшения объема кровопотери рекомендованы антифибринолитики, в частности транексамовая кислота в суточной дозе до 4 г, длительность приема до 5 дней. Частота побочных эффектов при приеме препарата минимальна, и они в основном проявляются легкой тошнотой, головной болью, заложенностью носа и болью в спине. Транексамовая кислота способствует снижению менструальной кровопотери на 40% (КР «Миома матки», 2020).

Транексамовая кислота

Хирургическое лечение

Радикальное: гистерэктомия вагинальным, лапаротомическим, лапароскопическим доступом: лечение по принципу «нет органа — нет проблем». Этот метод неприемлем для женщин, желающих сохранить матку и реализовать репродуктивную функцию. В современной классификации лечебных подходов гистерэктомия должна быть рекомендована только при наличии гигантских миом и невозможности использования других методов лечения (подозрение на сопутствующие болезни эндометрия, яичников, шейки матки).

Консервативно-пластическое: миомэктомия (в том числе гистерорезектоскопия при субмукозных узлах до 5 см). Цель этого лечения — восстановление репродуктивной функции. Ограничением к использованию служит отсутствие технической возможности выполнить подобную операцию (большое количество узлов, неудачное расположение). В ряде случаев этот метод комбинируют с эмболизацией маточных артерий, последнюю используют в качестве подготовительного этапа.

Стабильно-регрессионное: эмболизация маточных артерий, лапароскопическая окклюзия маточных артерий. Эти методы позволяют нивелировать симптомы заболевания, уменьшить в размере миоматозные узлы, в ряде случаев вызвать их экспульсию из матки. Несмотря на достаточно большое количество наблюдений успешного естественного наступления беременностей, их вынашивания и рождения здоровых детей после эмболизации маточных артерий, не утихают дебаты относительно влияния этого метода на фертильность, что во многом связано с техникой выполнения эмболизации.

Другие методы: высокочастотный фокусированный ультразвук (дистантная тепловая коагуляция миоматозных узлов, внутриполостная деструкция узлов).

()

Оперативное лечение миомы матки женщин любого возраста и особенно молодых должно быть направлено на сохранение матки, если это позволяют технические возможности и правила онкологии. С этой целью применяют консервативную миомэктомию и дефундацию матки.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

:

Показания к оперативному лечению миомы матки

- АМК, приводящие к анемии;
- хроническая тазовая боль, снижающая качество жизни;
- симптомы сдавления смежных органов (прямая кишка, мочевой пузырь, мочеточники);
- большой размер опухоли (более 12 нед беременности);
- быстрый рост опухоли (увеличение матки более чем на 4 нед беременности в течение 1 года);
- рост опухоли в постменопаузе;
- подслизистое расположение узла миомы;
- межсвязочное и низкое (шеечное и перешеечное) расположение узлов миомы;
- нарушение репродуктивной функции (невынашивание беременности, бесплодие при отсутствии других причин);
- признаки нарушения кровообращения в узлах миомы матки (некроз, отек, гиалиноз) (КР «Миома матки», 2020).

Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:

- спонтанная экспульсия («рождение») подслизистого миоматозного узла;
- дегенеративные изменения в опухоли вследствие нарушения кровообращения, сопровождающиеся признаками инфицирования и возникновением симптоматики острого живота;
- АМК.

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

- хирургическое лечение миомы матки (гистерэктомия, миомэктомия, эмболизация маточных артерий, фокусированная УЗ-абляция);
- гистероскопия при подозрении на субмукозное расположение узлов (КР «Миома матки», 2020).

Миома матки и бесплодие

:

Рекомендовано

- при наличии бесплодия у пациенток с миомой матки комплексное обследование, включающее оценку типа, характеристики, размеров и расположения миоматозных узлов, а также показатели, характеризующие состояние репродуктивной функции (трубный фактор, наличие эндокринных нарушений, мужского фактора бесплодия и др.);
- адекватно оценить и классифицировать тип миомы, используя трансвагинальное УЗИ, гистероскопию, соногистерографию или МРТ;
- перед операцией оценить подслизистую миомы матки (размер, расположение миомы, ее отношение к полости матки, степень инвазии в полость матки и толщину миометрия до серозной оболочки) для определения доступа и объема оперативного лечения. Лечение субмукозных миом проводить хирургическим путем (гистероскопически), что увеличивает частоту наступления беременности; показана миомэктомия у пациенток с интрамуральными миомами более 4 см при планировании ВРТ.

Комбинация гистероскопии и трансвагинального УЗИ является методом выбора.

При больших размерах миомы, при узлах 2-го типа возможно два этапа гистероскопии.

Миомэктомия при субмукозном расположении узла увеличивает вероятность наступления спонтанной беременности.

:

Не рекомендуется

- удаление субсерозных миом при бесплодии, если нет специальных показаний к хирургическому лечению (перекрут ножки узла, нарушение кровообращения в узле, симптомы сдавления смежных органов, большие размеры узла, отмеченный рост узла);
- проводить миомэктомию у женщин с интрамуральной миомой при гистероскопически подтвержденном интактном эндометрии и при отсутствии императивных показаний к хирургическому лечению; эмболизация маточных артерий в качестве варианта лечения миомы матки при планировании беременности.

.

Комментарий *Преимущества миомэктомии должны быть сопоставлены с рисками, а лечение интрамуральной миомы должно быть индивидуальным.*

().

К преимуществам лапароскопического доступа наряду с минимальной инвазивностью относится возможность ревизии органов брюшной полости, в том числе выявление сопутствующих гинекологических заболеваний — сочетание с эндометриозом, спаечным процессом и др., что позволяет расширить возможности поиска для выявления причин бесплодия и интраоперационной их коррекции частота встречаемости сочетанных гинекологических заболеваний варьирует от 30 до 60%

Миома матки и беременность

Следует проводить УЗИ для оценки состояния плода и органов малого таза. Показания, доступ и объем оперативного вмешательства определяются решением врачебного консилиума. Оперативное лечение миомы матки при беременности проводится только по экстренным показаниям. Показаниями к оперативному лечению во время беременности являются некроз миоматозного узла или перекрут ножки узла миомы с развитием перитонеальных симптомов. Предпочтительный метод родоразрешения — роды через естественные родовые пути. При

родоразрешении путем КС выполнять миомэктомию целесообразно в случае наличия миоматозного узла, препятствующего извлечению плода.
.
Комментарий*Вопрос дискуссионный, и решение о миомэктомии принимает хирург при информированном согласии пациента.*
Миома матки в перименопаузе и постменопаузе
Миома матки небольших размеров требует динамического наблюдения с учетом возможных онкологических рисков.
При прогрессировании заболевания предпочтительнее выбор радикального объема операции.
Миомэктомия целесообразна в перименопаузальном периоде только при нереализованной репродуктивной функции женщины и категорическом отказе пациентки от гистерэктомии.
При единичной субмукозной миоме матки небольших размеров в постменопаузе проводится гистероскопическая миомэктомия в сочетании с абляцией и резекцией эндометрия при сопутствующей гиперплазии и/или полипов эндометрия.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Миома матки и рак
Лейомиосаркома матки — редкая мезенхимальная опухоль, характеризующаяся цитологической атипией, высоким митотическим индексом и некрозом опухоли при патологоанатомическом исследовании. Подвержены риску лейомиосаркомы 1 из 400 женщин (0,25%), подвергшихся оперативному лечению по поводу миомы матки. Это чрезвычайно агрессивное злокачественное новообразование, связанное с неблагоприятным прогнозом. Заболевание чаще всего диагностируют в перименопаузе. Предоперационная диагностика лейомиосаркомы является сложной и часто проводится только во время патологоанатомического исследования.
проводить дифференциальную диагностику с лейомиосаркомой матки с помощью УЗИ и/или МРТ у пациенток с объемными образованиями матки при быстром росте миомы.
Рекомендовано
.
Комментарий*Проблема заключается в том, что лейомиомы и лейомиосаркомы не могут быть с высокой точностью различены клинически или с помощью какого-либо метода визуализации до операции.*
Кроме того, другие злокачественные опухоли матки, такие как РШМ и рак эндометрия, могут быть причиной АМК у пациентки и требуют дифференциальной диагностики.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Внематочная беременность
()
Внематочная эктопическая беременность — беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки; в последние годы занимает 4–5-е место в структуре причин материнской смертности в цивилизованных странах мира. Основная причина этого — несвоевременная и некачественная диагностика.
Наиболее часто ВБ встречается у женщин 20–35 лет.
Причины, ведущие к развитию ВБ, многообразны: воспалительные заболевания придатков матки, нарушение сократительной деятельности маточных труб, половой инфантилизм, эндокринные расстройства, повышенная активность трофобласта; по различным данным у половины пациенток морфологическое исследование выявляет острое и подострое воспаление в трубе.
Факторами риска эктопической беременности являются операции на маточных трубах, эктопические беременности в анамнезе, ВЗОМТ, ВМК, внутриматочные вмешательства, бесплодие, возраст матери старше 35 лет, курение, применение КОК, пороки развития половых органов (беременность в рудиментарном роге), эндометриоз, наличие рубца на матке после КС (КР «Внематочная беременность», 2021) (табл. 5.8).
Факторы риска внематочной беременности
Таблица 5.8.

	Фактор	**Кратность увеличения риска**
Операции на маточных трубах в анамнезе	21,0	
Стерилизация	9,3	
Эктопические беременности в анамнезе	8,3	
ВМК	5,0	
ВЗОМТ в анамнезе	3,4	
Бесплодие 2 года и более	2,7	
Возраст матери:		

- более 40 лет

2,9

- 35–39 лет

1,4
Курение:

- ≥20 сигарет в день

3,9

- 10–19 сигарет в день

3,1

- 1–9 сигарет в день

1,7

- бросившие курить

1,5
В России в 2017 г., согласно данным Росстата, ВБ в структуре материнской смертности составила 8,1%, а в 2018 г. снизилась в 2 раза, составив 4,1%.
Ранняя диагностика и своевременное лечение ВБ снижает показатель материнской смертности. Кроме того, ранняя диагностика позволяет использование малоинвазивных и органосохраняющих методов лечения.
Частота редких форм эктопической беременности достигает 5,0–8,3% из числа всех ВБ, а течение характеризуется массивным кровотечением нередко с фатальным исходом.
Согласно номенклатуре терминов ESHRE (2018) и КР «Выкидыш (самопроизвольный аборт)» (2021), при отсутствии УЗИ-признаков маточной беременности или ВБ при положительном ХГЧ-тесте следует ставить диагноз «беременность неизвестной (неясной) локализации».
Беременность неизвестной локализации — состояние, при котором уровень β-ХГЧ крови составляет не менее 1000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке и вне ее полости при трансвагинальном УЗИ не визуализируется — пациенткам показаны трансвагинальное УЗИ органов малого таза и контроль уровня β-ХГЧ крови через 48 ч (КР «Внематочная беременность», 2021).
МКБ-10.

- (O00).

ВБ

- Абдоминальная (брюшная) беременность.

O00.0

- Трубная беременность.

O00.1
1. Беременность в маточной трубе.
2. Разрыв маточной трубы вследствие беременности.
3. Трубный аборт.

- Яичниковая беременность.

O00.2
- Другие формы внематочной беременности.

O00.8
:
По локализации

- трубная беременность — 98–99%;
- яичниковая — 0,1–0,7%;
- брюшная — 0,3–0,4%;
- в рудиментарном роге матки — 0,1–0,9%;
- гетеротопическая беременность (сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочной локализации другого) встречается крайне редко (1 из 30 000 беременностей);
- беременность в рубце после КС — встречается редко, частота на данный момент не определена (КР «Внематочная беременность», 2021).

:
По течению

- прогрессирующая;
- нарушенная.

По наличию осложнений:

- осложненная;
- неосложненная.

Характерные жалобы, предъявляемые больными с ВБ (КР «Внематочная беременность», 2021):

- задержка менструации (73%);
- кровянистые выделения из половых путей (71%);
- боли различного характера и интенсивности (68%);
- сочетание трех симптомов (52%);
- тошнота (48%);
- иррадиация боли в поясничную область, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра (32%).

:
В отечественной литературе трубную беременность разделяют

- ;

наампулярную
- ;

истмическую
- .

интерстициальную
:
Яичниковую беременность подразделяют

- ;

наразвивающуюся на поверхности яичника
- .

развивающуюся интрафолликулярно
:
Брюшную беременность подразделяют

- ();

напервичную имплантация в брюшной полости происходит первоначально
- .

вторичную
:
*Принято различать следующие***клинические формы трубной беременности**

- ();

развивающаяся или прогрессирующая трубная беременность
- :

прервавшаяся трубная беременность, которая делится на две клинические формы
();).
а) прервавшаяся по типу разрыва внутреннего плодовместилища трубный «аборт»б) прервавшаяся по типу наружного разрыва плодовместилища (разрыв трубы
. трубную беременность чаще всего дифференцируют от маточной беременности ранних сроков, хронического воспаления придатков, кистозного изменения яичника (ретенционной кисты).
Дифференциальная диагностикаПрогрессирующую
Эндоскопическое исследование при ненарушенной трубной беременности не входит в этот стандарт, так как лапароскопическое исследование не может обнаружить в трубе беременность раннего срока.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

необходимо дифференцировать от маточного аборта малого срока беременности, обострения хронического сальпингоофорита и АМК, перекрута опухоли яичника, апоплексии яичника, острого аппендицита.
Трубный аборт
Проводя дифференциальный диагноз с маточным выкидышем, необходимо помнить, что самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8-й и 12-й неделей); боли имеют схваткообразный характер и ощущаются главным образом внизу живота и в крестце, наружное кровотечение более обильное, часто со сгустками; степень малокровия соответствует количеству выделяющейся наружу крови; наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых простым глазом; матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, имеет шарообразную форму.
Женщина с минимальным подозрением на ВБ должна быть госпитализирована!
Апоплексия яичника, как и трубный аборт, может сопровождаться внутрибрюшным кровотечением. В диагностике помогает тщательно собранный анамнез и данные объективного обследования. У больных с апоплексией яичника, как правило, не бывает задержки менструации, нет признаков беременности, прослеживается закономерность начала заболевания от фазы менструального цикла (как правило, в дни, близкие к овуляции).
Дифференцировать прервавшуюся трубную беременность по типу трубного аборта от перекрута кисты или опухоли яичника можно на основании анамнеза, в котором имеются указания на наличие опухоли или кисты яичника, нет задержки менструации, отсутствуют признаки беременности. При влагалищном исследовании опухоль или киста яичника контурируется более четко. Из дополнительных методов исследований большую помощь в установке правильного диагноза может оказать УЗИ.
Отличительные признаки ВБ и аппендицита заключаются в следующем:
а) при аппендиците отсутствуют признаки беременности;
б) нет кровянистых выделений из половых путей;

в) больная предъявляет жалобы на тошноту, рвоту, боли в правой подвздошной области, есть умеренное повышение температуры тела;
г) при пальпации живота отмечается болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина–Блюмберга, Ровзинга;
д) при влагалищном исследовании — матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки не определяются, своды свободные;
е) отмечается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная скорость оседания эритроцитов.
Прерывание ВБ по типу следует дифференцировать от таких заболеваний, как маточный аборт, апоплексия яичника, перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, разрыв печени и селезенки, перекрут кисты или опухоли яичника, острый перфоративный аппендицит, острый пельвиоперитонит. Весьма ценный диагностический метод — лапароскопия.
разрыва трубы
Все перечисленные заболевания характеризуются картиной острого живота. Нельзя забывать, что тяжесть состояния больной, клинические проявления в одних случаях могут быть следствием внутрибрюшного кровотечения, в других — острого воспалительного процесса. На этом и строится дифференциальная диагностика. Исключение беременности, четкий сбор анамнеза, данные объективного исследования, дополнительные методы исследования позволят правильно поставить диагноз и оказать своевременную и квалифицированную помощь больной.
Шеечная беременность. Частота шеечной беременности колеблется от 1 на 2400 до 1 на 50 000 беременностей.
При наличии шеечной беременности пальпаторно выявляется асимметрия расположения шейки матки, свода влагалища, изменения конфигурации шейки матки (бочкообразная) (КР «Внематочная беременность», 2021).
. Если β-ХГЧ не выявлен при радиоиммунологическом исследовании сыворотки крови, то диагноз ВБ может быть отвергнут.
Роль определения ХГЧ в диагностике ВБ
Отрицательный результат качественного определения ХГЧ в моче не исключает ВБ.
При нормально протекающей беременности уровень ХГЧ каждые 2 сут. Приблизительно у 85% женщин с ВБ уровень сывороточного ХГЧ ниже, чем при нормально протекающей маточной беременности того же срока. Причиной замедленного роста ХГЧ является развитие плодного яйца в атипическом месте, не приспособленном к функции плодовместилища (табл. 5.9).
удваивается
Нижние границы роста значения сывороточного хорионического гонадотропина человека при беременности раннего срока (N. Kadar, 2001)
Таблица 5.9.

	Интервал между забором материала, сут	Рост ХГЧ, %
1	29	
2	66	
3	114	
4	175	
5	255	

(N. Kadar, 2001).
Если уровень ХГЧ возрос менее чем на 66% за 2 сут, риск наличия ВБ определяется как высокий
. Внедрение трансвагинальных датчиков с частотой 5–7 мгч позволило повысить диагностическую ценность исследования. Стала возможна не только констатация отсутствия визуализации плодного яйца в полости матки (при значениях ХГЧ 1000 мМЕ/мл и выше), но и нередко определение точной локализации эктопической беременности. Современная аппаратура обычно позволяет выявить плодное яйцо в полости матки при значении ХГЧ от 1000 мМЕ/мл.
Роль УЗИ в диагностике ВБ
().
Визуализация плодного яйца в полости матки всегда возможна при значении ХГЧ выше 2000 мМЕ/мл. Это соответствует 5–6-й неделе после 1-го дня последней менструации 18 дням задержки менструации

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

УЗ-признаками ВБ при трансвагинальном сканировании служат:

- выявление образования с жидкостным включением в области придатков матки;
- визуализация плодного яйца в области придатков матки;
- отсутствие плодного яйца в полости матки или ложное плодное яйцо при значении сывороточного ХГЧ выше 1000–2000 мМЕ/мл;
- гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань);

У 2/3 женщин, обратившихся с симптомами ВБ, значение ХГЧ превышает 2500 мМЕ/мл. При этом можно установить ВБ по данным УЗИ.
В случаях значений ХГЧ ниже указанного (1/3) и подозрения на ВБ при УЗИ требуются дополнительные диагностические мероприятия (определение ХГЧ в динамике, контрольное УЗИ через 3–5 дней).
УЗ-признаки беременности:
шеечной

- отсутствие плодного яйца в матке или ложное плодное яйцо;
- гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань);
- неоднородность миометрия;
- матка в виде песочных часов;
- расширение канала шейки матки;
- плодное яйцо в канале шейки матки;
- плацентарная ткань в канале шейки матки;
- закрытый внутренний зев.

Лапароскопия при подозрении на прогрессирующую ВБ **не является** *достоверным методом диагностики. Плодное яйцо размером со спичечную головку, имплантированное и развивающееся в трубе или яичнике, невозможно визуализировать. «Золотой стандарт» в диагностике ВБ — определение субъединицы β-ХГЧ + УЗИ (а не наоборот! В идеале — одновременно).*
Рекомендуется назначение МРТ органов малого таза в качестве второй линии диагностики при наличии или подозрении на редкие формы ВБ (беременность в области рубца на матке, шеечная и брюшная беременности) при наличии условий выполнения исследования (гемодинамическая стабильность пациентки, доступность оборудования и персонала) для верификации диагноза (КР «Внематочная беременность», 2021).
. При сравнении результатов консервативного и оперативного лечения выявлены несомненные преимущества последнего. В ургентных случаях консервативное лечение вообще не применяется.
Лечение ВБ
Лечение ВБ проводится только в стационаре.
рекомендуется в качестве альтернативного метода по решению врачебного консилиума.
Консервативное лечение трубной беременности
Осуществляется в стационарах третьей группы введением однократной дозы введения метотрексата гемодинамически стабильным женщинам, планирующим реализацию репродуктивной функции, при готовности пациентки к динамическому наблюдению.
. ()()()()().
Комментарий*Консервативное лечение — медикаментозная терапия метотрексатом или метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой используется в соответствии с рекомендациями ASRM 2006; ACOG 2018; РОАГ 2014; RCOG 2016. В Российской Федерации инструкцией по применению метотрексата не предусмотрены показания и схемы лечения ВБ, в связи с чем его использование может рассматриваться лишь как альтернатива органоуносящей операции при планировании сохранения репродуктивной функции после решения врачебной комиссии п. 15 ст. 37 Закона № 323-ФЗ только в гинекологических стационарах медицинских организаций третьей группы после получения информированного добровольного согласия пациентки. Вопрос о выборе консервативной тактики решается коллегиально консилиумом врачей*
Кандидаты для лечения метотрексатом: гемодинамическая стабильность, низкий сывороточный β-ХГЧ (до 5000 МЕ/л), отсутствие у эмбриона сердечной деятельности по УЗИ, уверенность в отсутствии маточной беременности, готовность пациентки к последующему наблюдению, отсутствие повышенной чувствительности к метотрексату.
Противопоказания к назначению метотрексата: гемодинамически нестабильные пациентки, наличие маточной беременности, хронические заболевания печени, хронические заболевания легких, иммунодефицит, ЯБ, заболевания крови (тяжелая анемия, лейкопения, тромбоцитопения), повышенная чувствительность к метотрексату, отсутствие возможности наблюдения и др.

Относительными противопоказаниями к применению метотрексата (в связи со сниженной эффективностью действия) являются высокий начальный уровень β-ХГЧ (выше 5000 МЕ/л), диаметр плодного яйца более 4 см.
назначение метотрексата при первом посещении до окончательного подтверждения диагноза ВБ, за исключением случаев, когда диагноз ВБ установлен и исключена жизнеспособная маточная беременность (КР «Внематочная беременность», 2021).
Не рекомендуется
Рекомендуется введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным женщинам с подтвержденной ВБ согласно инструкции по применению препарата с целью профилактики резус-конфликта. У пациенток с резус-отрицательной кровью и прервавшейся ВБ высок риск аллоиммунизации — в 25% в материнской крови обнаруживаются фетальные клетки (КР «Внематочная беременность», 2021).
(КР «Внематочная беременность», 2021).
Организация оказания медицинской помощи

- Все пациентки с диагнозом «подозрение на ВБ» должны быть эвакуированы бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.
- При выявлении на догоспитальном этапе геморрагического шока следует своевременно оповестить стационар, куда пациентка будет госпитализирована для подготовки к хирургическому лечению и интенсивной терапии.
- При тяжелом состоянии пациентки, обусловленном геморрагическим шоком, необходимо госпитализировать пациентку в ближайшее хирургическое отделение.
- При поступлении в стационар при наличии геморрагического шока пациентка должна быть транспортирована в операционный блок.
- При подозрении на ВБ шеечной локализации осмотр на кресле проводится в условиях развернутой операционной (на догоспитальном этапе и в приемном отделении стационара не проводится).

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

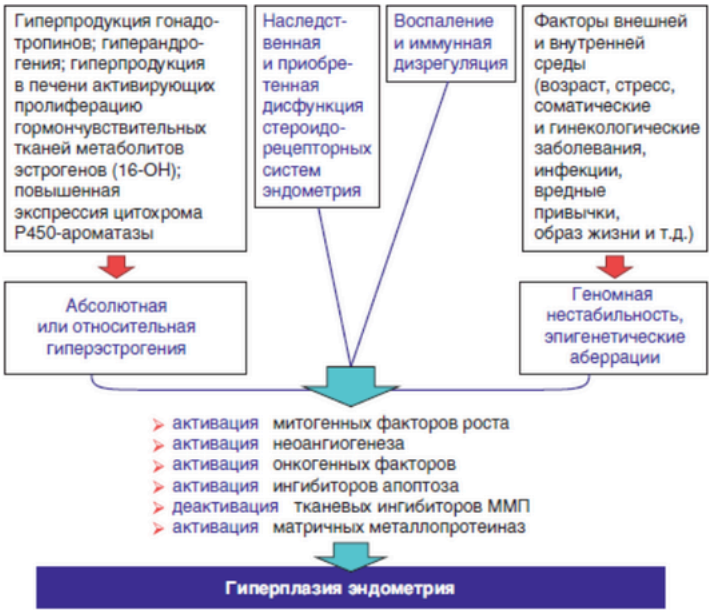
Гиперпластические процессы эндометрия
Пролиферативные болезни эндометрия дефинируются как комплекс морфологических поражений — от доброкачественных до злокачественных, опосредованных переходным преинвазивным этапом.
ГЭ — это патологический процесс слизистой оболочки матки, характеризующийся пролиферацией желез и увеличением железисто-стромального соотношения (КР «Гиперплазия эндометрия», 2021).
Распространенность
В структуре гинекологической заболеваемости ГЭ занимает второе место (до 40%) после инфекционных заболеваний и часто сочетается с пролиферативными болезнями матки (с миомой матки и аденомиозом, от 30 до 76,8%).
По результатам популяционного исследования повозрастной частоты различных типов ГЭ обобщенная частота ГЭ составляет 133 случая на 100 000 женщин-лет, при этом максимум (386 на 100 000 женщин-лет) приходится на возраст 50–54 года, минимум (6 на 100 000 женщин-лет) на возраст до 30 лет (КР «Гиперплазия эндометрия», 2021).
Распространенность ГЭ прогрессивно растет и служит одной из основных причин госпитализации в гинекологические стационары (от 10 до 25%).
Особую актуальность проблеме ГЭ придает участившаяся малигнизация.
Ключевые положения канцерогенных рисков гиперплазии эндометрия
ГЭ без атипии имеет низкий потенциал малигнизации, составляющий 1–6%, и не рассматривается как предраковое состояние эндометрия.

- При атипической ГЭ риск развития РЭ может возрастать до 30–50%.
- У 25–46% женщин атипическая ГЭ может сочетаться с РЭ.

,()
Клиницисту важно помнить *что не существует объективных предикторов динамики развития ГЭ в направлении спонтанной регрессии 20–50% или, наоборот, прогрессирования в аденокарциному, риск которой в случае атипичной ГЭ может достигать 40–50%.*
.
Факторы риска гиперплазии и РЭ

- Раннее менархе (до 12 лет) и поздняя менопауза (после 50 лет) (увеличивают риск ГЭ и РЭ в 2,0–2,5 раза).
- Избыточная масса тела и ожирение (увеличивают риск ГЭ и РЭ в 2–10 раз в зависимости от степени его выраженности).
- СПКЯ (увеличивает риск ГЭ и РЭ в 3–4 раза).
- Хроническая ановуляция и бесплодие (увеличивают риск ГЭ и РЭ в 2–10 раз).
- Эстрогенпродуцирующие опухоли яичников (гранулезоклеточные опухоли и др.), на фоне которых ГЭ отмечаются в 47–93%.
- СД 2-го типа (увеличивает риск ГЭ в 2–5 раз).
- МГТ эстрогенами (увеличивает риск развития ГЭ и РЭ в 4–15 раз).
- Адъювантная терапия РМЖ тамоксифеном — селективным модулятором эстрогеновых рецепторов (риск ГЭ и РЭ увеличивается в 2,0–7,5 раза).

1) ; 2) ; 3)
Клиницисту важно помнить общеизвестные модифицируемые факторы риска развития пролиферативных заболеваний эндометрия:*ожирение/избыточная масса телаАГнарушение толерантности к глюкозе и ановуляторное бесплодие.*
Этиология и патогенез
Одной из ведущих причин развития ГЭ является абсолютная или относительная гиперэстрогения. К патогенетическим механизмам формирования ГЭ относят также подавление процессов апоптоза, о чем свидетельствует нарушение баланса активности подавляющей апоптоз системы генов и проапоптотической системы генов . ГЭ может возникать на фоне мутаций гена супрессора опухолей (phosphatase/tensin homolog).
Bcl-2Fas/FasLPTEN
ГЭ без атипии характеризуется поликлональными и диффузными изменениями, атипическая ГЭ — моноклональными поражениями, которые могут прогрессировать до эндометриоидной аденокарциномы, являющейся основным гистологическим подтипом РЭ. Риск прогрессирования ГЭ без атипии в РЭ в течение 20 лет достигает 5%, при атипической ГЭ риск возрастает до 27,5% (КР «Гиперплазия эндометрия», 2021).
Предполагается, что действие факторов риска может реализовываться путем различных механизмов, основной из которых — избыточное влияние эстрогенов за счет как дефицита прогестерона, так и избыточного гонадного и внегонадного синтеза эстрогенов.
Эстрогенопосредованная стимуляция клеточного роста во многом зависит от активности ферментных систем биосинтеза эстрогенов: снижения сульфатрансферазной активности, повышения сульфатазной и ароматазной. В развитии ГЭ могут быть задействованы не только эндогенные и экзогенные факторы риска, но и мутации ряда генов, например — phosphatase/tensin homolog (рис. 5.10). К патогенетическим механизмам формирования ГЭ относят также подавление процессов апоптоза, о чем свидетельствует нарушение баланса активности подавляющей апоптоз системы генов и проапоптотической системы генов .
PTEN Bcl-2Fas/FasL



Патогенез гиперплазии эндометрия (схема)
Рис. 5.10.
Классификация ГЭ ВОЗ (2014). Гиперплазия без атипии.

- : .

Простая ГЭ*изменение формы и величины эндометриальных желез, нарушение их распределения, в строме возможна лимфоидно-лейкоцитарная инфильтрация и признаки расстройства кровообращения*

- :

Комплексная ГЭ*характеризуется усилением пролиферативных процессов в железистом компоненте эндометрия, в основном за счет увеличения количества и объема желез, изменением их формы и уменьшением стромального компонента.*

.

Атипическая гиперплазия/эндометриоидная, интраэпителиальная неоплазия

- : ()

Простая **атипическая гиперплазия***характеризуется морфологическими признаками фенотипа ветвлением желез, формированием папиллоподобных выростов в направлении просвета желез эндометрия, покрытых многоядерным цилиндрическим железистым эпителием, уплотнением стромы, явлениями стаза и формированием фибриновых тромбов в кровеносных сосудах.*

- :

Комплексная **гиперплазия (аденоматозная)***характеризуется дезорганизацией и скученностью маточных желез, цитотипическими изменениями тинкториальных свойств цитоплазмы клеток, тенденцией к нарушению дифференцировки эпителиальных клеток; строма представлена узкими прослойками соединительной ткани.*

- :

*Эндометриоидная***, интраэпителиальная неоплазия***рассматривается как вариант атипической гиперплазии, особенностью которой является образование очагов более 2 мм в диаметре с преобладанием паренхимы над стромой, выраженной атипией клеток скученных желез с потерей экспрессии PTEN.*

Классификация ГЭ по МКБ-10:

- ;

N85.0 Железистая ГЭ

- .

N85.1 Аденоматозная ГЭ

ГЭ без атипии характеризуется поликлональными и диффузными изменениями, атипическая ГЭ — моноклональными поражениями, которые могут прогрессировать до эндометриоидной аденокарциномы, являющейся основным гистологическим подтипом РЭ. Риск прогрессирования ГЭ без атипии в РЭ в течение 20 лет достигает 5%, при атипической ГЭ риск возрастает до 27,5% (КР «Гиперплазия эндометрия», 2021).

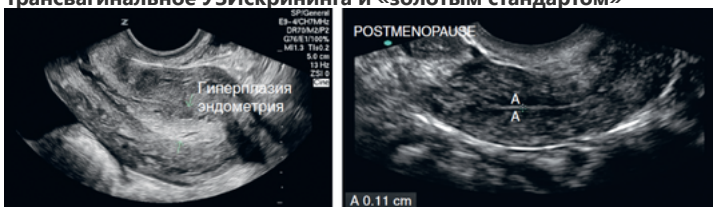
Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Клиническая картина гиперпластических процессов эндометрия

Основные клинические проявления ГЭ у 90% женщин — АМК.
У 10% пациенток болезнь протекает бессимптомно, предположить диагноз позволяют результаты сонографии.
АМК чаще возникают на фоне удлиннения менструальных циклов, реже — на фоне регулярного ритма менструаций.
У пациенток, страдающих ожирением, доминирует олигоменорея, чередующаяся с АМК.
Наличие АМК часто сопряжено с возникновением железодефицитной анемии.
Характер АМК не позволяет предположить тип ГЭ.
, () (рис. 5.11).

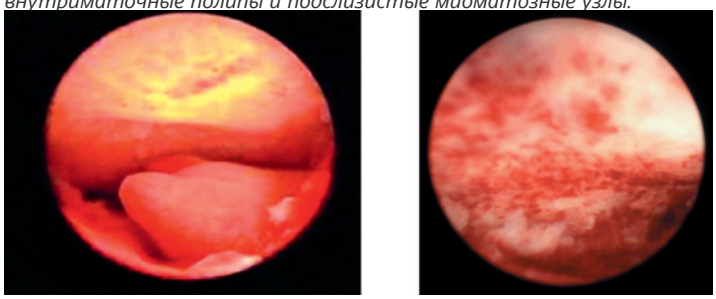
Клиницисту важно помнить следующее.Не использовать термин «дисфункциональное маточное кровотечение»*который ранее применялся для определения кровотечения, не связанного с системными болезнями или структурными нарушениями в матке.Для описания различного типа маточных кровотечений используются такие термины, как АМК, «обильное менструальное кровотечение», «обильное и длительное менструальное кровотечение», «межменструальное кровотечение и постменопаузальное кровотечение»***см. раздел «Расстройства менструации»**

Классификационная система Международной федерации гинекологов и акушеров (PALM-COEIN). АМК — аномальное маточное кровотечение
Рис. 5.11.
ГЭ формируется, как правило, на фоне прогестерон-дефицитного состояния и нередко у женщин репродуктивного возраста сочетается с ановуляторным бесплодием. Для женщин с избыточной массой тела, ожирением, имеющих ановуляторные менструальные циклы, характерно повышение риска ГЭ и РЭ (КР «Гиперплазия эндометрия», 2021).
Диагностика
Клиницисту важно знать следующее.
()
Диагноз ГЭ*ставится на основании гистологического исследования соскоба эндометрия с использованием диагностических критериев, предложенных ВОЗ 2014, в основе которых лежит оценка баланса железистого и стромального компонентов эндометрия, а также отсутствие или наличие атипических эпителиальных клеток*.
. Основным методом первичной инструментальной диагностики в гинекологии остается трансвагинальное УЗИ, безопасное, относительно дешевое, широкодоступное и не требующее больших затрат времени (рис. 5.12).
Трансвагинальное УЗИскрининга и «золотым стандартом»



Сонографическая картина гиперплазии эндометрия
Рис. 5.12.

•
Не существует патогномичных сонографических критериев ГЭ в репродуктивном возрасте.
•
В реальной клинической практике увеличение М-эха более 7–8 мм на 5–7-й день цикла при неоднородной его структуре с эхогенными включениями позволяет заподозрить ГЭ.
•
Толщина эндометрия более 5 мм у женщин постменопаузального возраста позволяет заподозрить ГЭ.
•
Сонографическая допплерометрия может дать дополнительную информацию об изменениях эндометрия и миометрия в постменопаузе.
Не рекомендуется рутинно использовать МРТ органов малого таза в качестве метода диагностики ГЭ. Однако этот метод рассматривается как перспективный в дифференциальной диагностике атипической ГЭ и РЭ, поскольку МРТ с использованием диффузно взвешенных последовательностей позволяет выявить начальные признаки инвазии ткани эндометрия в миометрий, характерные для ранней стадии РЭ (КР «Гиперплазия эндометрия», 2021).
обследования, обеспечивающий прямую визуализацию полости матки и локальных поражений эндометрия пациенток с АМК при доброкачественных пролиферативных болезнях матки и гиперпластических процессах эндометрия. Гистероскопия — не основной, но высокоинформативный метод, чувствительность которого в поиске заболеваний эндометрия составляет 67%, специфичность — 98% (рис. 5.13).
Гистероскопия — «золотой стандарт»
— необходимость в получении ткани эндометрия с целью диагностирования ГЭ и/или других пролиферативных процессов полости матки или исключения РЭ.
Основноепоказание
,
*Гистероскопия позволяет одновременно и***идентифицировать, и удалять все локальные экзофитные поражения***включая внутриматочные полипы и подслизистые миоматозные узлы.*



Гистероскопическая картина гиперплазии эндометрия (резектоскопия)
Рис. 5.13.
Морфологическое исследование эндометрия и эндоцервикса — «золотой стандарт» диагностики ГЭ — проводится для исключения предраковых поражений эндометрия и РЭ.
.
*Клиницисту важно помнить следующее***Точность морфологической диагностики зависит от метода забора биологического материала, типа ГЭ и квалификации патоморфолога.**
():
Bene dignoscitur, bene curatur хорошо распознается — хорошо вылечивается

- ;

диагностическое выскабливание — не отвечает принципам абластики *— требованию выполнять все диагностические и лечебные вмешательства с минимальным механическим воздействием на опухоль и окружающие ткани*
•
раздельное диагностическое выскабливание — механическое **«раздробление» опухоли** *и значительная травматизация прилежащего непораженного эндометрия и эндоцервикса.*
:
Клиницисту важно помнить*аспирационная биопсия эндометрия под гистероскопическим контролем не уступает по точности диагностическому выскабливанию.*
Преимущества аспирационной биопсии эндометрия:

- ;

не требует госпитализации и общей анестезии
- ;

менее травматична
- ;

легко воспринимается пациентками
- .

значительно выгоднее с экономической точки зрения
Минимум лабораторных исследований должен включать:

- определение уровня ХГЧ по сыворотке крови (для исключения беременности);
- клинический анализ крови, включая тромбоциты;
- анализ крови биохимический общетерапевтический с оценкой печеночных ферментов (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза) и с определением уровня ферритина (КР «Гиперплазия эндометрия», 2021);
- коагулограмму;
- гормональное обследование — при нерегулярном менструальном цикле;
- ПАП-тест (для исключения болезней шейки матки).

Лечение
:
Цели медикаментозной терапии ГЭ

- устранить симптомы (АМК);
- вызвать регрессию ГЭ;
- провести профилактику рецидивов;
- предотвратить (если удастся — доказанных средств нет!) прогрессию в РЭ.

Тактика клинициста зависит:

- от ;

морфологического типа ГЭ
- ;

возраста женщины
- ;

наличия ожирения
- ;

желания сохранить репродуктивную/менструальную функцию
- .

наличия противопоказаний к тому или иному методу лечения и переносимости лечебных препаратов

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

. Патогенетически обоснованной терапией ГЭ следует считать использование различных режимов прогестагенов, обладающих прогестагенной/антиэстрогенной (антипролиферативной) активностью, назначаемых как перорально, так и в виде депо-инъекций.
Прогестагены
Рекомендуется после морфологической верификации диагноза ГЭ в качестве медикаментозной терапии локальное воздействие левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы (по АТХ — пластиковые спирали с гестагенами) — уровень доказательности А.
(КР «Гипераплазия эндометрия», 2021).
Традиционно применяемые при простой ГЭ прогестагены в циклическом режиме менее эффективны для ее регрессии в сравнении с непрерывным режимом приема или ЛНГ-ВМС
Эффективность приема составляет 60–70%, — приближается к 100%. Есть несколько вариантов терапии.
*циклического***медроксипрогестерона** *непрерывного*

- — до 40 лет — по 200–400 мг внутримышечно 1 раз в неделю, 41 год — 50 лет — по 400 мг внутримышечно 1 раз в неделю.

Медроксипрогестерон
- — до 40 лет — по 500 мг внутримышечно 2 раза в неделю, 41 год — 50 лет — по 500 мг внутримышечно 3 раза в неделю.

12,5% 17-оксипрогестерона капронат℘
- В качестве альтернативного метода терапии рассматривается применение (по 150 мг каждые 90 дней). Показатель регрессии заболевания на фоне 6 мес терапии медроксипрогестероном достигает 92%.

медроксипрогестерона винъекциях
Норэтистерона ацетат показан при железистой ГЭ в дозировках 5–10 мг/сут с 16-го по 25-й день цикла или с 5-го по 25-й день цикла.
Пероральные прогестагены.
Установлено, что не имеет показания к применению ГЭ.
микронизированный прогестерон
Долгосрочная гормональная терапия подразумевает необходимость мониторинга морфологического состояния эндометрия методом аспирационной биопсии через 6 мес после начала терапии, затем ежегодно.
ЛНГ-ВМС имеют ряд преимуществ по сравнению с другими методами гормонотерапии благодаря получению контрацептивного эффекта и лечебного воздействия левоноргестрела на миометрий и эндометрий при минимальных системных влияниях и относительно невысокой стоимости курса лечения.
Прогестагены для локального использования.
Систематический обзор 24 исследований (общее количество пациенток — 1001) показал, что применение ЛНГ-ВМС более эффективно по сравнению с использованием оральных синтетических гестагенов в лечении сложной ГЭ (92% против 66%) и гиперплазии с атипией (90% против 69%) в отсутствие статистически значимых различий в успешности лечения простой гиперплазии.
Гистологическая регрессия ГЭ без атипии под воздействием ЛНГ-ВМС, по совокупным данным, составляет 90–100%, атипической ГЭ — 65–85%.
Высокая эффективность терапии обеспечивается достижением высокой концентрации левоноргестрела в эндометрии при низкой концентрации в сыворотке крови.
. Механизм действия агонистов ГнРГ основан на прямой связи с рецепторами гонадолиберина в гонадотрофах аденогипофиза, обеспечивающей выраженное ингибирование секреции гонадотропинов, уменьшение образования половых стероидов в яичниках и снижение уровня эстрогенов до менопаузальных значений, что клинически проявляется развитием аменореи. Эффективность агонистов ГнРГ варьирует от 68 до 92%. На фоне терапии агонистами ГнРГ показано назначение непрерывных режимов возвратной ЗГТ для нивелирования симптомов медикаментозной менопаузы.
Агонисты ГнРГ в терапии ГЭ
Высокая стоимость лечения, невозможность длительного использования препаратов в связи с риском снижения МПК, а также другие проявления эстрогенного дефицита ограничивают их длительное клиническое применение.
Рекомендации по длительности терапии ГЭ.

- *Минимальная продолжительность лечения прогестагенами, способствующая регрессу ГЭ без атипии, составляет 6 мес.*
- ()
Контроль излеченности на фоне терапии в том числе на фоне левоноргестрела — без ее удаления из полости матки необходимо проводить с помощью биопсии эндометрия каждые 3–6 мес.
- *Решение продолжить лечение пациенток, которые не ответили на 6 мес терапии, должно быть принято на индивидуальной основе.*

Показаниями к хирургическому лечению ГЭ служат:

- *атипическая ГЭ или рецидивирующая ГЭ без атипии, выявленная в фазу менопаузального перехода или в постменопаузе;*
- *неэффективность медикаментозной терапии рецидивирующей ГЭ без атипии, сочетающейся с миомой матки и/или аденомиозом;*
- *неэффективность медикаментозной терапии атипической ГЭ в репродуктивном возрасте;*
- *наличие противопоказаний к гормонотерапии при атипической ГЭ.*

Тотальная гистерэктомия*с двусторонней сальпингоовариоэктомией относится к предпочтительным методам лечения у данной категории пациенток.*

Органосохраняющие технологии в терапии гиперпластических процессов эндометрия:

- трансцервикальная резекция эндометрия.

Клиницисту важно знать: *абляция эндометрия не может гарантировать полного удаления эндометрия, в связи с этим абляция эндометрия при атипической ГЭ противопоказана.*

Рекомендуется применение агонистов ГнРГ при сочетании ГЭ с миомой матки и эндометриозом. При выраженных симптомах эстроген-дефицита и необходимости терапии более 6 мес целесообразно назначение возвратной терапии препаратами для непрерывного режима менопаузальной гормонотерапии.

Рекомендуется при морфологически верифицированной ГЭ проводить терапию левоноргестрелом в форме внутриматочной терапевтической системы или прогестагенами в течение 6 мес с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийоного (операционного) материала эндометрия (при наличии внутриматочной терапевтической системы — без ее удаления) для определения дальнейшей тактики ведения.

Для контроля эффективности лечения ГЭ без атипии необходимо патолого-анатомическое исследование его биоптата. Шестимесячный курс терапии ЛНГ-ВМС (в сравнении с 3-месячным) увеличивает эффективность регресса ГЭ с 84 до 100%, пероральных прогестагенов — с 50 до 64%. Если нет побочных эффектов и пациентка не заинтересована в беременности, целесообразно продлить терапию ЛНГ-ВМС на срок до 5 лет для снижения риска рецидивов ГЭ, но с ежегодным УЗ-мониторингом состояния эндометрия.

Рецидивы значительно чаще возникают у пациенток с ИМТ ≥35 кг/м.
2

Рекомендуется при отсутствии эффекта от консервативного лечения и прогрессировании ГЭ рассмотреть вопрос о хирургическом лечении (гистерэктомия или гистерорезектоскопия).

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Вопрос о гистерэктомии решается при незаинтересованности пациентки в реализации репродуктивной функции, прогрессировании ГЭ, при рецидиве ГЭ после 12-месячного курса лечения, при отказе пациентки от консервативного лечения.

Не рекомендуется аблация эндометрия для лечения ГЭ.

Тактика ведения женщин с атипической гиперплазией эндометрия

Рекомендуется гистерэктомия при атипической ГЭ ввиду высокой вероятности сопутствующего РЭ (по некоторым данным, диагностируется в 40–60%).

При выявлении атипической ГЭ у пациенток репродуктивного возраста с настойчивым желанием сохранить детородную функцию и отказе от гистерэктомии проводится врачебная комиссия для определения возможности консервативного лечения путем локального введения ЛНГ-ВМС или прогестагенами [в непрерывном режиме с обязательным патолого-анатомическим исследованием биопсийоного (аспирационного) материала эндометрия каждые 3 мес].

При атипической ГЭ вероятность сопутствующего РЭ диагностируется в 40–60% случаев, что свидетельствует о целесообразности гистерэктомии при атипической ГЭ.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Рекомендуется динамическое наблюдение с УЗ-исследованием органов малого таза и ежегодной биопсией эндометрия пациенткам с высоким риском рецидива ГЭ и развития рака.

График наблюдения может меняться в зависимости от клинической ситуации. Оптимальные частота и кратность обследований четко не определены из-за малого количества опубликованных данных. В течение 1-го года рекомендована биопсия эндометрия каждые 6 мес со снятием с учета при отсутствии ГЭ по данным двух последовательных патолого-анатомических исследований биопсийоного материала эндометрия.

К факторам риска рецидива ГЭ и развития РЭ относятся избыточная масса тела и ожирение, СПКЯ, гипертоническая болезнь и др.

При ожирении снижается эффективность терапии и вероятность ремиссии ГЭ. Необходима модификация факторов риска, лечение ожирения, СД, АГ, СПКЯ и нормализация массы тела. Комплекс мер должен включать физические нагрузки и рациональное сбалансированное питание, снижение калоража на 30% для достижения и поддержания нормальной массы тела. Физическая активность должна составлять минимум 150 мин в неделю, включая упражнения на укрепление мышц в течение 2 дней в неделю. График и интенсивность тренировок подбирается индивидуально.

Показано, что длительный прием прогестагенов снижает риск ГЭ, прием КОК приводит к снижению риска развития рака, хотя нет доказательной базы об эффективности КОК для профилактики рецидивов ГЭ.

Прогноз

- Частота рецидивов ГЭ в течение 2 лет после отмены 6-месячного курса гормонотерапии составляет примерно 40%.
- Женщинам с реализованной репродуктивной функцией целесообразна длительная терапия в течение 2 лет и более.
- Своевременная диагностика ГЭ, адекватная терапия служат профилактикой рецидивов ГЭ и развития РЭ.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Расстройства менструации

В зависимости от клинических проявлений все нарушения менструальной функции можно разделить на три основные группы:

- аменорея и олигоменорея;
- АМК [с практической точки зрения удобно выделить (обильное маточное кровотечение — ОМК) и];

обильные менструации нерегулярные менструации

- дисменорея.

Аменорея и олигоменорея

Среди женщин репродуктивного возраста распространенность аменореи варьирует от 5 до 13%, олигоменореи — от 8 до 22%. Соотношение первичной и вторичной аменореи — 1:10 (КР «Аменорея и олигоменорея», 2021).

- N91 Отсутствие менструаций; скудные и редкие менструации.
- N91.0 Первичная аменорея.
- N91.1 Вторичная аменорея.
- N91.2 Аменорея неуточненная.
- N91.3 Первичная олигоменорея.
- N91.4 Вторичная олигоменорея.
- N91.5 Олигоменорея неуточненная.

— отсутствие самостоятельных менструаций в репродуктивном возрасте в течение 3–6 мес. Выделяют и аменорею.

Аменорея*первичнуювторичную*

— патологическое состояние, когда самостоятельных менструаций у женщины не было никогда. Сюда же относят состояния, при которых к возрасту 13 лет отсутствуют и вторичные половые признаки и менархе; либо менархе отсутствует на фоне развитых вторичных половых признаков к 15 годам жизни или в течение 3 лет после телархе.

Первичнаяаменорея

определяют как отсутствие менструаций в течение 3 мес при ранее регулярном менструальном цикле либо отсутствие менструаций в течение 6 мес при ранее нерегулярном менструальном цикле.

Вторичнуюаменорею

кодируется как отдельное заболевание, однако в большинстве клинических ситуаций это , которым могут проявляться/сопровождаться другие заболевания, причем как гинекологические (например, задержка полового развития, опухоль яичника, СПКЯ), так и экстрагенитальные (СД, гипотиреоз, синдром Иценко–Кушинга и др.).

Аменореясимптом

Олигоменорея подразумевает нарушение менструального цикла, при котором его продолжительность составляет более 35 дней или частоту менструаций менее 9 в год. Олигоменорею также разделяют на первичную и вторичную, с учетом анамнеза пациентки. Причины и патогенез олигоменореи практически полностью совпадают с таковыми при вторичной аменорее. Олигоменорея рассматривается как фактор риска спонтанного невынашивания беременности. По патогенетическому принципу для облегчения диагностики выделяют пять форм аменореи: условно , условно и , аменорею , а также аменорею, (надпочечники, щитовидная железа).

гипогонадотропнуюнормогонадотропнуюгипергонадотропнуюна фоне гиперпролактинемииобусловленную поражением других эндокринных желез

аменорея характеризуется снижением секреции гонадотропинов гипофизом (кроме пролактина) и, как следствие, снижением функции (продукции эстрогенов) яичников. С практической точки зрения важно, что сывороточный уровень гонадотропинов может быть и ниже нормы, и пребывать в пределах референсных значений (пример — функциональная гипоталамическая аменорея), однако для обоих гонадотропинов или только для ФСГ он будет стремиться к нижней границе. Та же тенденция будет сохраняться и для эстрадиола. Прогестерон будет низким. Уровень поражения при гипогонадотропной аменорее — гипофиз или гипоталамус, функция яичников у пациентки выключена вторично ()

Гипогонадотропная*вторичная яичниковая недостаточность*.

аменорея — это отсутствие менструаций при нормальном уровне гонадотропинов и нормальных показателях эстрогенов и прогестерона в обе фазы цикла. Яичниковой недостаточности нет, уровень поражения — органы-мишени (матка или влагалище). Отсутствие менструации обусловлено повреждением/отсутствием эндометрия либо аномалией развития матки или влагалища (аплазия или агенезия). В ряде ситуаций в эту категорию могут попасть пациентки со СПКЯ (при отсутствии нарушения соотношения ЛГ и ФСГ, хотя типично ЛГ:ФСГ ≥2,0–2,5), однако эстрадиол при СПКЯ чаще повышен, а прогестерон, как правило, снижен.

Нормогонадотропная

аменорея обусловлена выключением функции яичников () и закономерным повышением синтеза обоих гонадотропинов гипофизом вследствие обратной связи. Как правило, повышены сывороточные уровни обоих гонадотропинов, особенно ФСГ, а эстрадиол и прогестерон закономерно низкие.

Гипергонадотропная*первичная яичниковая недостаточность*

Аменорею также подразделяют по уровню поражения на , , и . С классификацией аменореи по уровню нарушений репродуктивной системы можно ознакомиться в приложении 32.

гипоталамическуюгипофизарнуюяичниковуюматочную

Первичная аменорея, связанная с нарушением функции гипоталамуса, наиболее часто проявляется первичным гипогонадотропным гипогонадизмом, в основном обусловленным мутациями генов, отвечающих за ГнРГ и чувствительность к нему. Первичный гипогонадотропный гипогонадизм в сочетании с аносмией является патогномоничным признаком синдрома Каллмана. Развитие синдрома связано с нарушением миграции гонадотропин-рилизинг нейронов в передние отделы гипоталамуса. Заболевание генетически обусловлено, характеризуется дефектом гена в Х-хромосоме и наследуется аутосомно-рецессивно.

KAL1

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Наиболее частой причиной вторичной аменореи, связанной с дисфункцией гипоталамуса, становится . Для данной формы аменореи характерно прекращение менструаций на фоне стресса, чрезмерных физических нагрузок или снижения массы тела. В патогенезе данной формы важную роль играет , являющийся регулятором секреции ГнРГ и снижающийся при хроническом энергетическом дефиците.

*функциональная гипоталамическая аменорея***лептин**

К редким формам гипоталамической аменореи относят опухоли гипоталамической области или инфекционные поражения гипоталамуса вследствие туберкулеза, сифилиса, энцефалита или менингита.

Аменорея, обусловленная патологией гипофиза, наиболее часто развивается в результате гиперпролактинемии. Механизм развития гиперпролактинемии обусловлен нарушением дофаминергического ингибирующего контроля секреции пролактина гипоталамусом. Редкими причинами гипофизарной аменореи могут быть синдром «пустого» турецкого седла, опухоли гипофиза. Поражения гипофиза в результате острого инфаркта или некроза могут приводить к развитию синдрома Шихана.

К первичной яичниковой аменорее можно отнести различные формы дисгенезии гонад, развивающихся в результате ХА (синдром Тёрнера, чистая дисгенезия гонад, синдром Свайера). Причиной вторичной яичниковой аменореи наиболее часто становится преждевременая недостаточность яичников, развивающаяся в результате истощения овариального резерва и подразделяющаяся на генетическую, аутоиммунную, идиопатическую и ятрогенную формы.

Олигоменорея, особенно с менархе, наиболее часто является характерным признаком СПКЯ. Механизм развития олигоменореи и аменореи при СПКЯ связан с различными гормональными нарушениями. Механизмы формирования гонадотропной дисфункции, характерной для каждой второй пациентки со СПКЯ, до сих пор неясны, обсуждается роль гиперандрогении, гиперинсулинемии, лептина. В ряде случаев олигоменорея может быть следствием функциональных кист яичников (фолликулярные кисты и кисты желтого тела), в результате чего поддерживается постоянный уровень эстрадиола или прогестерона, что препятствует циклическим колебаниям половых гормонов и нарушает отторжение эндометрия.

Маточные формы аменореи, связанные с отсутствием матки, представлены двумя формами: синдромом Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера и синдромом полной нечувствительности к андрогенам.

Развитие вторичной маточной аменореи может быть обусловлено внутриматочными вмешательствами или перенесенным послеродовым эндометритом, в результате чего формируются внутриматочные синехии. При полной облитерации полости матки синехиями формируется синдром Ашермана.

Олигоменорея и аменорея могут быть обусловлены такими эндокринными заболеваниями, как врожденная гиперплазия коры надпочечников, надпочечниковая недостаточность, гиперкортицизм, андроген-продуцирующая опухоль яичника или надпочечника, тиреоидная дисфункция.

Алгоритмы диагностики первичной и вторичной аменореи представлены в приложении 33.

При обращении женщины по поводу отсутствия/прекращения менструации прежде всего необходимо исключить (беременность, период лактации, естественная менопауза). с помощью мочевого теста либо путем исследования β-ХГЧ крови .

физиологическую аменорею **Беременностьнеобходимо исключать у всех пациенток (даже вирго)**

Следующий шаг — органических заболеваний, которые могут потребовать специализированной помощи, в том числе не терпящей отлагательств, — . Для этого с успехом применяют визуализирующие методики — УЗИ органов малого таза (предпочтение — УЗИ 3D/4D с допплером), КТ или МРТ с контрастом соответствующих областей.

исключениегормонпродуцирующих опухолей яичника, надпочечника и гипофиза

Очередной универсальный этап обследования любой пациентки со вторичной олиго- или аменореей — , цель которой — создать имитацию влияния полноценного желтого тела на эндометрий. Пробу можно проводить любым прогестагеном, назначая его суточную физиологическую дозу (согласно инструкции) в течение 10–12 дней. Общепринятый вариант прогестагеновой пробы — 10-дневный прием микронизированного прогестерона 400 мг/сут, дидрогестерона 20 мг/сут 5–7 дней, норэтистерона 5 мг 5–10 дней (КР «Аменорея и олигоменорея», 2020). Если проба с прогестагенами отрицательная, то проводится проба с эстрогенами и прогестагенами (табл. 5.10).

прогестероновая проба

Выбор лечения после гормональных проб

Таблица 5.10.

	Название пробы		**Препараты, длительность**	**Результат**

С гестагенами	Гестаген перорально/ вагинально 5–10 дней	Положительная проба — МПР, начавшаяся в течение 14 дней после отмены гестагена. Отрицательная проба — МПР отсутствует в течение 14 дней после отмены гестагена

С эстрогенами и гестагенами	Циклический режим ЗГТ 21 день	Положительная проба — МПР, начавшаяся в течение 14 дней после отмены эстроген-гестагена. Отрицательная проба — МПР отсутствует в течение 14 дней после отмены эстроген-гестагена

Положительная прогестероновая проба — появление МПР на отмену прогестагена — свидетельствует:

- о наличии здорового эндометрия в матке и дефиците эндогенного прогестерона;
- предсуществующем пролиферативном влиянии эстрогенов на эндометрий в течение определенного времени.

сразу и позитивно влияет на психологическое состояние пациенток.
Положительная прогестероновая проба исключает маточную форму аменореи
Важный практический момент: . Исключить его помогает гинекологический осмотр, УЗИ и (при подозрении на стеноз цервикального канала/ отсутствие шейки матки) зондирование цервикального канала. Вероятен стеноз цервикального канала по причине спаечного процесса у пациенток со вторичной аменореей, причем такая клиническая картина могла наблюдаться у них и ранее, что помогает выявить целенаправленный опрос.
прогестероновую пробу нельзя проводить при нарушении проходимости цервикального канала

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Отрицательная проба — отсутствие МПР в течение 10–14 дней после отмены прогестагена свидетельствует:

- о возможном отсутствии эндометрия (синехии, аномалия развития органа);
- об отсутствии предсуществующего пролиферативного влияния эстрогенов на эндометрий в течение определенного времени (выраженная атрофия).

Таким образом, отрицательная прогестероновая проба не исключает как маточную форму аменореи, так и любую другую. Пациентку с аменореей перед началом пробы следует информировать о цели ее проведения и акцентировать внимание на том, что МПР может наступить через несколько дней, а не сразу после отмены прогестагена. Результата нужно ждать 10–14 дней.
При отрицательной прогестероновой пробе переходят к , цель которой — имитировать нормальный менструальный цикл. Физиологичен трансдермальный путь введения (гель с эстрадиолом), однако у больных с выраженным дефицитом массы тела, при отсутствии достаточно выраженной подкожной жировой клетчатки, бывает целесообразно отдать предпочтение пероральным формам. Использование последних могут ограничивать сопутствующие болезни (ЖКТ, гепатобилиарного тракта и пр.).
циклической пробе (проба с эстроген-гестагенами)
Эстрадиол в суточной дозе 2–3 г применяют ежедневно 21–28 дней, добавляя в течение 10 последних дней к терапии прогестаген (дозировки как в прробе с прогестагенами). Оценку производят как при прогестероновой пробе (см. выше). Проба — это не циклическая ЗГТ, а метод выявления функциональных способностей эндометрия, и у каждой пациентки целевой ответ эндометрия может быть получен по-разному. В то же время у пациенток с ранее регулярными менструациями (вторичная аменорея) допустимо
применять с целью циклической пробы препараты для циклической гормонотерапии с заданным циклом. Использовать можно только препараты, имеющие в инструкции официальное показание «аменорея».
Положительная проба с эстрогенами и прогестагенами — появление МПР свидетельствует:

- о наличии эндометрия в матке и присутствии в нем функционально активных рецепторов к эстрадиолу и прогестерону;
- об отсутствии предсуществующего пролиферативного влиянии эстрогенов на эндометрий.

Положительная проба с эстрогенами и прогестагенами исключает маточную форму аменореи.
Отрицательная проба — отсутствие МПР в течение 10–14 дней свидетельствует:

- о возможном отсутствии эндометрия (синехии, аномалия развития органа);
- об отсутствии предсуществующего пролиферативного влияния эстрогенов на эндометрий в течение определенного времени (выраженная атрофия).

Таким образом, . В дальнейшем алгоритм обследования направлен на уточнение уровня поражения и (часто) постановку основного диагноза — причины аменореи.
отрицательная проба с эстрогенами и прогестагенами с высокой вероятностью указывает на маточную форму аменореи и служит показанием для гистероскопии
При следует обратить внимание на возраст менархе и характер менструального цикла, наличие/выраженность вторичных половых признаков, привычки в питании и уровень физических нагрузок, наличие хронических заболеваний и факта приема лекарств или психоактивных веществ, наличие стрессовых ситуаций, изменений массы тела и переломов. Потеря массы тела, хронический стресс, чрезмерные физические нагрузки, предшествующие развитию аменореи, могут свидетельствовать в пользу функциональной гипоталамической аменореи. Прибавка массы тела, лунообразное лицо, центральный тип ожирения, АГ, гипергликемия или СД, появление багровых стрий и гирсутизма указывают на возможный гиперкортицизм. Галакторея, головные боли, особенно в сочетании с выпадением полей зрения, могут указывать на опухоль гипоталамуса или гипофиза (в том числе пролактинпродуцирующую опухоль гипофиза), а клиторомегалия, огрубение голоса, быстрое прогрессирование гирсутизма и акне, уменьшение размеров молочных желез вкупе с аменореей позволяют заподозрить наличие вирилизующей опухоли яичника или надпочечника.
выяснении жалоб и сборе анамнеза
Пациенток с интенсивной или постоянной головной болью, частой рвотой (не путать с индуцированной самой пациенткой в случае аменореи при потере массы тела!), нарушениями со стороны органов зрения (сужение полей зрения вплоть до «окуляра трубы», периодическая нечеткость зрения) следует обязательно направить к неврологу, поскольку неврологическая симптоматика при аменорее имеет большую диагностическую ценность.
Приливы, ночная потливость, бессонница, сухость во влагалище в репродуктивном возрасте могут указывать на ПНЯ. Внутриматочные хирургические вмешательства могут быть возможной причиной маточной формы аменореи. Пациентки с синдромом нечувствительности к андрогенам (синдром тестикулярной феминизации, синдром Морриса) могут указать на перенесенные в детском возрасте оперативные вмешательства по поводу паховых грыж.
В у всех пациенток необходимо задокументировать результаты визуального осмотра наружных половых органов и степень развития молочных желез. У пациенток подросткового возраста в медицинской карте должна быть отражена вся половая формула (см. соответствующий раздел «Обследование»).
ходе объективного осмотра

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Первичная аменорея и отсутствие развития вторичных половых признаков (стадии по Tanner I, II) свидетельствуют о (однако не указывают на уровень поражения; может быть как первичная, так и вторичная яичниковая недостаточность). При нормальном развитии молочных желез (стадии по Tanner III, IV) диагностический поиск должен быть направлен на исключение маточной формы аменореи (синдром нечувствительности к андрогенам, синдром Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера, атрезия гимена, изолированная вагинальная агенезия) и гиперандрогенных состояний (СПКЯ, ВДКН).
гипогонадизме
Обнаружение багровых стрий, «климактерического горбика», андроидного ожирения, лунообразного лица, гирсутизма у пациентки со вторичной аменореей требует исключения гиперкортицизма (болезнь или синдром Иценко–Кушинга). Аменорея в сочетании с гиперандрогенией (акне, гирсутизм) говорит в пользу СПКЯ, в сочетании с вирилизацией — в пользу андрогенпродуцирующей опухоли. Выявленное отсутствие матки и верхней трети влагалища при нормально развитых вторичных половых признаках свидетельствует о синдроме Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера. При сочетании аплазии матки и верхней трети влагалища и слабовыраженном оволосении лобка и подмышечных впадин или при его отсутствии следует исключить синдром нечувствительности к андрогенам.
, прежде всего сывороточных уровней ФСГ, ЛГ, пролактина и ТТГ, что сразу определит пять возможных направлений клинического поиска — , или (более значим уровень ФСГ) состояние, или.
При любой форме аменореи обязательно исследование гормонального профиля*гипергонадотропноенормогонадотропноегипергонадотропное гиперпролактинемия гипотиреоз*

и снижении ЛГ или ФСГ менее 3,0 МЕ/л высока вероятность гипогонадотропного гипогонадизма (уровень поражения — гипофиз). При гипергонадотропном состоянии (ФСГ более 25,0 МЕ/л) необходимо определить кариотип пациентки. В случае нормогонадотропной первичной аменореи следует исключить аномалии развития матки, СПКЯ и неклассическую форму ВДКН.
При первичной аменорее
при снижении уровня гонадотропинов (ЛГ менее 3,0 МЕ/л) высока вероятность функциональных расстройств гипоталамо-гипофизарной системы (функциональная гипоталамическая аменорея). Повышение уровня ФСГ более 25,0 МЕ/л при двукратном определении с интервалом 4–6 нед свидетельствует о ПНЯ. Дополнительным методом для подтверждения диагноза ПНЯ служит анализ на наличие премутации в гене , а также исследования на наличие антител к стероидпродуцирующим клеткам надпочечника и антител к тиреоидной пероксидазе.
В случае вторичной аменореи*FMR-1*
Нормогонадотропная вторичная аменорея может наблюдаться при функциональной аменорее, СПКЯ, маточной форме аменореи, реже — у пациенток с неклассической формой ВДКН.
У пациенток с нормогонадотропной аменореей и клинической гиперандрогенией необходимо определить сывороточные уровни общего тестостерона, глобулина, связывающего половые гормоны, с последующим расчетом индекса свободных андрогенов, уровни дегидроэпиандростерон-сульфата и 17-гидроксипрогестерона.
Выявление повышенного уровня тестостерона наиболее информативно для диагностики СПКЯ. Для верификации неклассической формы ВДКН рекомендуется исследование концентрации 17-гидроксипрогестерона натощак в 8:00. В случае если она превышает 6 нмоль/л, показана функциональная проба с адренокортикотропным гормоном и/или молекулярно-генетический тест на мутацию гена . Повышение уровня дегидроэпиандростерон-сульфата свыше 700 нг/дл или общего тестостерона свыше 200 нг/дл может свидетельствовать в пользу андрогенсекретирующей опухоли.
CYP-21
с целью верификации диагноза. Кариотипы 45-X0, 45-X0/46-XX свидетельствуют о синдроме Тёрнера, кариотип 46-XY — о синдроме Свайера, 45-X0/46-XY — о смешанной форме дисгенезии гонад. Следует помнить, что при мозаицизме (45-X0/46-XX) в случае преобладания 46-XX у больных возможны спонтанные редкие менструации. В этом случае олигоменорея также всегда будет первичной.
При первичной аменорее всем пациенткам проводят кариотипирование
При нормальном развитии вторичных половых признаков и отсутствии матки кариотипирование целесообразно для дифференциальной диагностики синдрома Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера (кариотип 46-XX) с синдромом нечувствительности к андрогенам (кариотип 46-XY).
Пациентки с гипогонадотропной или гипергонадотропной аменореей длительностью более 6 мес для установления исходного риска переломов подлежат обследованию на предмет дефицита костной массы. Рекомендуется провести позвоночника на уровне I–IV поясничного позвонка и шейки бедра. Ее цели — выделение когорты лиц, подверженных риску переломов, уточнение степени потери костной массы у пациенток с установленной низкой МПКТ, а также контроль эффективности лечения в динамике. При выявлении исходного Z-критерия МПКТ –2,0 или менее в любой локализации скелета пациенткам с аменореей показана дополнительная оценка питания. Для спортсменок с аменореей рекомендуется мониторирование Z-критерия при его снижении менее –1,0 (КР «Аменорея и олигоменорея», 2021).
двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию
Рекомендуется МРТ головного мозга при подозрении на опухоль гипоталамо-гипофизарной области при сочетании аменореи:

- с тяжелой или постоянной головной болью;
- персистирующей рвотой (несамоиндуцированной);
- нарушениями полей зрения;
- жаждой или учащенным мочеиспусканием;
- очаговыми неврологическими симптомами;
- клиническими признаками и/или результатами лабораторных иссле- дований, которые свидетельствуют о дефиците или избытке гормонов гипофиза.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Лечение
Аменореи, обусловленные нарушениями на уровне гипоталамуса
Пациенткам с первичным гипогонадотропным гипогонадизмом (в том числе синдромом Каллмана), послеродовым гипопитуитаризмом (синдром Шихана) рекомендуется циклическая ЗГТ натуральными эстрогенами в сочетании с прогестагенами в циклическом режиме до возраста естественной менопаузы (50–51 год). В качестве эстрогенного компонента можно назначать пероральные формы эстрадиола по 2 мг/сут или трансдермальные формы эстрадиола (эстрадиол гемигидрат по 2 мг/сут в форме геля, эстрадиол по 50–100 мкг/сут в виде пластыря) в сочетании с микронизированным прогестероном в дозе 200 мг/сут или дидрогестероном по 20 мг/сут на срок 14 дней с 14-го дня от начала цикла (для профилактики ГЭ). Для терапии могут быть использованы препараты для циклической ЗГТ, имеющие в инструкции показания к лечению первичной и/или вторичной аменореи [норгестрел + эстрадиол (Цикло-Прогинова), левоноргестрел + эстрадиол].
℘♠
для оценки возможных психопатологических состояний (расстройства приема пищи, депрессивные, тревожные и биполярные расстройства), необходимости применения когнитивной поведенческой терапии. Для коррекции рациона и восстановления массы тела в случае необходимости таким больным показана также консультация диетолога. После нормализации питания и восстановления массы тела (биологический порог — масса тела к моменту менархе) восстановление менструальной функции может ожидаться в течение 6–12 мес.
ЗГТ у пациенток с функциональной гипоталамической аменореей не является приоритетной мерой и назначается в случае неэффективности проводимых в течение 6 мес мероприятий, направленных на коррекцию психопатологических расстройств (при их наличии) и нормализацию рациона (КР «Аменорея и олигоменорея», 2021).
Пациентки с функциональной гипоталамической аменореей нуждаются в консультации специалиста психиатрического профиля
С целью профилактики потери МПКТ пациенткам с аменореей необходимо назначать ЗГТ в циклическом режиме, способствующую увеличению МПКТ, а . Исключением является КОК с динамическим режимом дозирования, содержащий эстрадиола валерат [диеногест + эстрадиола валерат (Клайра)]. В качестве эстрогенного компонента при циклической ЗГТ предпочтительнее назначать трансдермальные формы эстрадиола (эстрадиол гемигидрат по 1–2 мг/сут в форме геля или эстрадиол по 50–100 мкг/сут в виде пластыря) в сочетании с микронизированным прогестероном в дозе 200 мг/сут или дидрогестероном по 20 мг/сут на срок не менее 10–12 дней строго по инструкции к препаратам. Для терапии могут быть использованы препараты для циклической ЗГТ, зарегистрированные для лечения первичной и/или вторичной аменореи.
не комбинированные гормональные контрацептивы, которые такими свойствами не обладают♠℘
Аменореи, обусловленные нарушениями на уровне гипофиза
Пациентке с аменореей или олигоменореей, обусловленной пролактин-секретирующей аденомой гипофиза, необходимо назначить терапию агонистами дофаминовых рецепторов (бромокриптин, каберголин) и направить ее на консультацию к эндокринологу и нейрохирургу (исключить показания к оперативному лечению).
Препаратом первой линии медикаментозной терапии является каберголин, начальная доза которого составляет 0,25–0,50 мг/нед с возможным последующим увеличением дозы до нормализации уровня пролактина. Начальная доза бромокриптина составляет 0,62–1,25 мг/сут, терапевтический диапазон — в пределах 2,5–7,5 мг/сут. Снижение дозы препарата или его отмена рекомендуется не ранее чем через 2 года непрерывного лечения при условии стойкой нормализации уровня пролактина и значительного уменьшения опухоли или отсутствия таковой по данным МРТ головного мозга.
При подозрении на гипотиреоз или гипертиреоз пациентку с аменореей или олигоменореей следует направить на консультацию к эндокринологу.
Аменореи, обусловленные нарушениями на уровне яичников
При выявлении дисгенезии гонад без Y-хромосомы с целью первичной профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы и снижения МПКТ пациенткам показана циклическая ЗГТ до возраста естественной менопаузы (50–51 год). В качестве эстрогенного компонента назначают пероральные формы эстрадиола по 2 мг/сут или трансдермальные формы эстрадиола (эстрадиол гемигидрат по 1–2 мг/сут в форме геля или эстрадиол по 25–100 мкг/сут в виде пластыря) в сочетании с микронизированным прогестероном в дозе 200 мг/сут или дидрогестероном по 20 мг/сут на срок в соответствии с инструкцией к лекарственным средствам. Для терапии могут быть использованы препараты для циклической ЗГТ, зарегистрированные для лечения первичной и/или вторичной аменореи.
℘
В случае дисгензии гонад с наличием в кариотипе Y-хромосомы в связи с высоким риском малигнизации гонад больным производится двусторонняя гонадэктомия.
У пациенток с ПНЯ рекомендуется циклическая ЗГТ половыми стероидами до возраста естественной менопаузы. В связи с возможным патогенетически значимым дефицитом андрогенов предпочтение в терапии следует отдавать препаратам для циклической ЗГТ, зарегистрированным для лечения вторичной аменореи. При ПНЯ предпочительная циклическая ЗГТ путем трансдермального введения

эстрадиола (эстрадиол гемигидрат по 2 мг/сут в форме геля или эстрадиол по 50–100 мкг/сут в виде пластыря) в сочетании с микронизированным прогестероном в дозе 200 мг/сут или дидрогестероном по 20 мг/сут либо внутриматочной терапевтической системой левоноргестрел в соответствии с инструкциями к их использованию. Включение левоноргестрела в комплекс циклической ЗГТ позволяет предоставлять индивидуальный выбор пациенткам с ПНЯ при отсутствии у них фертильных планов. Больным, не заинтересованным в беременности, , в качестве ЗГТ могут быть рекомендованы КОК с эстрадиолом [диеногест + эстрадиола валерат (Клайра), номегэстрол + эстрадиол].

℘**несмотря на ее низкую вероятность**♠

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

При аменорее, обусловленной СПКЯ, программа ведения пациенток строится на основании действующих КР и предусматривает терапевтическую модификацию образа жизни (физические упражнения и диета), восстановление менструального цикла путем назначения КОК с 1-го дня индуцированного менструального цикла (препараты выбора — КОК с антиандрогенами). При отсутствии потребности в контрацепции, отсутствии акне или гирсутизма, а также наличии противопоказаний к КОК используют гестагены в лютеиновую фазу цикла (микронизированный прогестерон или дидрогестерон согласно инструкции к препаратам).
При наличии метаболических нарушений, сопровождающихся инсулинорезистентностью, показан прием метформина. Программу лечения ожирения и избыточной массы тела у пациенток со СПКЯ дополняют с учетом требований соответствующих действующих КР.
Маточная форма аменореи
При наличии аномалий развития наружных половых органов (синдром Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера, синдром нечувствительности к андрогенам) рекомендуется создание искусственного влагалища (кольпопоэз) или кольпоэлонгация. При синдроме Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера ЗГТ половыми стероидами не показана в связи с сохранной функцией яичников. Больным с синдромом полной нечувствительности к андрогенам (тестикулярной феминизации) после достижения полового созревания в связи с высоким риском малигнизации гонад показана гонадэктомия с последующей ЗГТ в виде монотерапии эстрогенами до возраста естественной менопаузы.
В качестве эстрогенного компонента предпочтительнее назначать трансдермальные формы эстрадиола (эстрадиол гемигидрат по 2 мг/сут в форме геля или эстрадиол по 100 мкг/сут в виде пластыря). Дополнительного назначения прогестагенов не требуется.
℘
Пациенткам с атрезией гимена, изолированной вагинальной агенезией для восстановления оттока менструальной крови и обеспечения условий для половой жизни рекомендуются реконструктивные пластические операции.
При выявлении внутриматочных синехий необходима гистерорезектоскопия с целью их разрушения. В последующем назначают ЗГТ в циклическом режиме. Продолжительность лечения зависит от восстановления собственных менструаций. В качестве эстрогенного компонента назначаются пероральные формы эстрадиола по 4 мг/сут или трансдермальные формы эстрадиола (эстрадиол гемигидрат по 4 мг/сут в форме геля или эстрадиол по 50–100 мкг/сут в виде пластыря) в течение 4 нед в сочетании с микронизированным прогестероном в дозе 200 мг/сут или дидрогестероном по 20 мг/сут согласно инструкции к препаратам.
℘
Для всех форм аменореи длительностью более 1 года характерно бесплодие, связанное с отсутствием овуляции. При наличии фертильных планов его преодоление осуществляют в соответствии с действующими КР (см. раздел «Бесплодный брак»).
Аномальные маточные кровотечения
Как определяют маточные кровотечения, которые чрезмерны по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/или частоте (интервал менее 24 дней) (КР «Аномальные маточные кровотечения», 2021).
аномальные (патологические)
— это кровотечение, чрезмерное по длительности, объему кровопотери и/или частоте.
АМК
чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины.
ОМК —
Частота встречаемости АМК составляет примерно 30% среди пациенток репродуктивного возраста и может достигать 70% в перименопаузальный период (КР «Аномальные маточные кровотечения», 2021).
В МКБ-10 выделяют:

- N92 Обильные, частые и нерегулярные менструации;
- N92.0 Обильные и частые менструации при регулярном цикле;
- N92.1 Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле;
- N92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде;
- N92.3 Овуляторные кровотечения;
- N92.4 Обильные кровотечения в пременопаузном периоде;
- N92.5 Другие уточненные формы нерегулярных менструаций;
- N92.6 Нерегулярные менструации неуточненные;
- N93 Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища;
- N93.0 Посткоитальные или контактные кровотечения;
- N93.9 Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное.

Согласно классификации FIGO, разработанной для небеременных женщин репродуктивного возраста (2011, 2018), выделяют две группы причин АМК — связанные с (структурными) изменениями матки и с таковыми (см. рис. 5.11).
органическими не связанные
Термин «дисфункциональное маточное кровотечение» в настоящее время не употребляют.
Первые четыре категории, объединенные в группу (см. рис. 5.11), отражают или структурные изменения, которые в процессе диагностического поиска должны быть илипри использовании визуализирующих методов (УЗИ или МРТ малого таза) и/или при гистологическом исследовании. Группа включает четыре категории причин маточных кровотечений, не поддающихся объективизации либо пока не классифицированных (КР «Аномальные маточные кровотечения», 2021) (табл. 5.11, 5.12).
PALM **органические***обнаружены отвергнуты COEIN*
Классификация Международной федерации гинекологов и акушеров (PALM–COEIN), модификация 2018 г.
Таблица 5.11.

	Категория	Изменение
АМК-А	Представлены критерии УЗ-диагностики аденомиоза	
АМК-L	Определение 3-го типа узла как субмукозная миома матки. Введены определение и отличия между узлами:	

- типа 0 и 1; 6 и 7;
- типа 2 и 3; 4 и 5

АМК-С	Исключены АМК, связанные с приемом антикоагулянтов
АМК-I	Включены АМК, связанные с любой ятрогенией, в том числе с использованием антикоагулянтов
АМК-О	Исключены овуляторные расстройства ятрогенного генеза
АМК-N	Название категории было изменено с «Еще не классифицированы» на «Не относятся ни к какой из категорий»

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Нормальное и аномальное кровотечение: пересмотр Международной федерации гинекологов и акушеров (2018)
Таблица 5.12.

	Категория	Характеристика
Частота	Отсутствие менструации или кровотечений — аменорея. Частые (<24 дней). Нормальные (от 24 до 38 дней). Редкие (>38 дней)	

Регулярность	Регулярные (вариабельность цикла ≤9 дней). Нерегулярные (вариабельность цикла >9 дней)

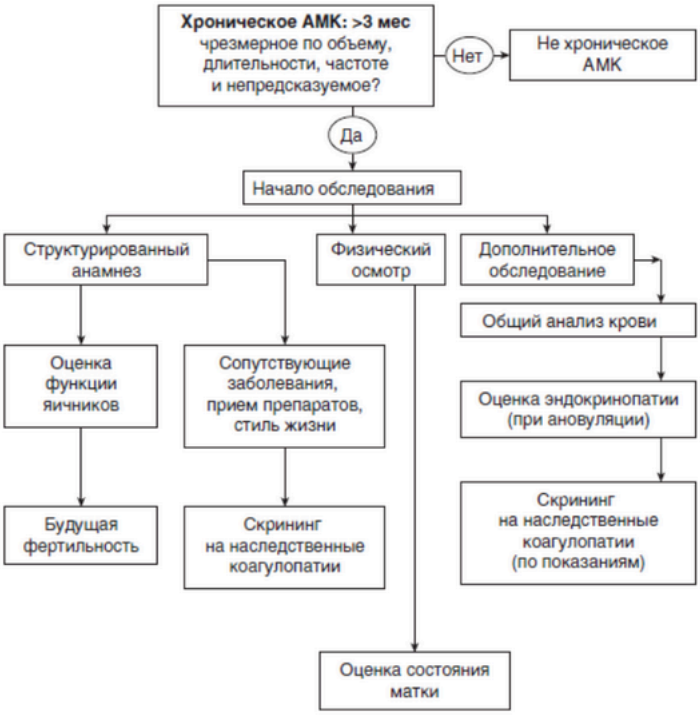
Длительность	Нормальная: ≤8 дней. Длительная: >8 дней

Объем	Определение обильности: Согласно рекомендации Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании ОМК — объем кровотечений, которые оказывают негативное влияние на качество жизни женщины

- обильные;
- нормальные;
- скудные.

Межменструальное кровотечение	Определение симптомов межменструальных кровотечений. Беспорядочные. Циклические (начало, середина или конец цикла)

в верификации причин АМК из группы играет тщательно собранный .
Ведущуюроль*COEIN***анамнез**
Клинически АМК подразделяют на острые и хронические. Острое кровотечение — эпизод обильного кровотечения, требующий срочного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей кровопотери, возможно, в условиях стационара. Хроническое кровотечение — это маточное кровотечение, аномальное по объему, регулярности и/или частоте, которое наблюдается в течение 6 мес и более.
Обследование пациентки репродуктивного возраста должно быть направлено на пошаговое исключение всех возможных причин АМК и отнесение пациентки к одной из указанных выше категорий (рис. 5.14).



Алгоритм начального обследования пациенток с аномальным маточным кровотечением (АМК)
Рис. 5.14.
Диагностический поиск при остром АМК (указание в анамнезе на задержку менструации; определение уровня ХГЧ в сыворотке крови).
Следующий шаг — (жалобы на обильные кровяные выделения и их наличие на момент осмотра; указание в анамнезе на длительные кровотечения и/или обильную кровопотерю во время менструации; объективно — признаки анемизации; лабораторное обследование — развернутый клинический анализ крови, включая тромбоциты). Объективизировать объем кровопотери и его потенциальные негативные последствия можно с помощью специального опросника (см. ниже).
начинают с исключения возможной беременностиобследование на наличие анемии
Три вопроса, которые помогут выявить обильное менструальное кровотечение (ОМК)

- Насколько обильны ваши кровотечения?

- Меняете ли вы санитарные средства ночью/просыпаетесь ли для того, чтобы сменить прокладки?
- Во время дней наиболее обильного кровотечения промокают ли полностью ваши средства защиты после 2 ч использования?
- Влияет ли это на ваше физическое состояние?

- Наблюдаете ли вы выделение больших сгустков во время менструации?
- Испытывали ли вы когда-нибудь слабость или нехватку воздуха (симптомы дефицита железа или анемии) во время менструации?
- Влияет ли это на качество жизни?

- Вынуждены ли вы специально организовывать вашу социальную жизнь в эти дни?
- Беспокоитесь ли вы о неприятных моментах, связанных с кровотечением?

Далее необходимы:

- (прогестерон в сыворотке крови на 19–24-й день от начала менструации);

определение овуляторного статуса
- (по показаниям);

скрининг на системное нарушение гемостаза
-
оценка состояния эндометрия;
-
исключение внутриматочных патологических образований;
-
оценка состояния миометрия.
При сборе анамнеза уточняют характер менструального цикла, его становление, наличие гинекологических заболеваний, нарушений свертывающей системы крови, получают сведения о приеме лекарственных препаратов.
Начальный скрининг на возможное системное нарушение гемостаза, кроме развернутого анализа крови, включает целенаправленный опрос, позволяющий уточнить наличие у пациентки:

- либо чрезмерной кровопотери с момента менархе;
- либо одного из таких признаков, как:

- кровотечение после родов;
- кровотечение после хирургических вмешательств;
- кровотечение из десен при стоматологических вмешательствах;
- либо двух и более из следующих параметров:

- появление синяков от ушибов 1–2 раза в месяц;
- носовое кровотечение 1–2 раза в месяц;
- частая кровоточивость десен;
- неблагоприятный семейный анамнез по нарушению гемостаза.

Рекомендуется получить информацию у пациентки с АМК о приеме лекарственных препаратов.
Лекарственные средства, которые могут провоцировать АМК:

- *препараты половых гормонов: эстрогены, прогестины, в том числе лекарственные средства, влияющие на их синтез или являющиеся аналогами;*
- *НПВС могут вызывать овуляторные расстройства;*
- *препараты, влияющие на метаболизм допамина, включая фенотиазины и трициклические антидепрессанты;*
- () *прямые оральные антикоагулянты такие как апиксабан и НМГ больше влияют на объем менструального кровотечения;*
- () *антикоагулянт непрямого действия варфарин и др.*

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

КР «Аномальные маточные кровотечения», 2021.
При положительных результатах скрининга высока вероятность коагулопатического АМК, и пациентке должна быть проведена . При подозрении на нарушение гемостаза необходимы консультация гематолога и специальное обследование. Однако должна пройти , поскольку наличие одной причины АМК не исключает другой или даже .
развернутая коагулограмма **каждая пациентка весь алгоритмнескольких**
При ОМК и особенно при выявлении сопутствующей анемии показаны консультация терапевта и эндокринолога для исключения заболеваний щитовидной железы.
При высоком персональном инфекционном риске следует исключить хламидийную инфекцию, у всех пациенток необходимо также исключать заболевания шейки матки, которые могут оказаться причиной АМК, особенно хронического.
Эксперты FIGO при оказании помощи пациентке с АМК рекомендуют использовать чек-лист (рис. 5.15).

Категория	Нормальное	Аномальное	⊞
Частота	Отсутствие менструаций или кровотечений = аменорея		☐
	Частые (<24 дней)		☐
	Нормальные (от 24 до 38 дней)		☐
	Редкие (>38 дней)		☐
Длитель-ность	Длительные (>8 дней)		☐
	Нормальные (≤8 дней)		☐
Регуляр-ность	Регулярное изменение (от самого короткого до самого длинного ≤9 дней)		☐
	Нормальные (от самого короткого до самого длинного больше 10 дней)		☐
Объем выделений	Обильные		☐
	Нормальные		☐
	Скудные		☐

Межменструальное кровотечение (ММК) *Кровотечение между регулярными менструациями*	Отсутствует		☐
	Беспорядочное		☐
	Циклическое (предсказуемое)	Начало цикла	☐
		Середина цикла	☐
		Конец цикла	☐

Неплановое кровотечение во время гормональной терапии *(например, оральные контрацептивы, контрацептивные кольцо или пластырь)*	Не применимо (не применяет гормональную терапию)	☐
	Отсутствует (применяет гормональную терапию)	☐
	Наблюдается	☐

Malcolm G. Munro et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. DOI: 10.1002/ijgo.12666

Чек-лист для информации о пациентке с аномальным маточным кровотечением (источник см. на рисунке)
Рис. 5.15.
Регулярные ОМК могут быть обусловлены аденомиозом, субмукозной миомой матки, коагулопатиями, дисфункцией эндометрия. Межменструальные кровотечения характерны для полипов эндометрия, хронического эндометрита, ГЭ. Нерегулярные длительные и/или обильные кровяные выделения после задержек менструации типичны для ГЭ и РЭ.
С целью верификации причин АМК из категории PALM для оценки состояния эндометрия, полости матки и миометрия (более высокая информативность в постменопаузе) как диагностическая процедура первой линии определено трансвагинальное и/или абдоминальное УЗИ органов малого таза с допплерометрическим картированием.
МРТ органов малого таза имеет перед УЗИ диагностические преимущества в ряде ситуаций, а именно:

- при наличии множественной миомы матки для уточнения топографии узлов перед планируемой миомэктомией;
- перед эмболизацией маточных артерий;
- перед фокусированной УЗ-абляцией;
- при подозрении на аденомиоз;
- при плохой визуализации полости матки для оценки состояния эндометрия.

«Золотым стандартом» диагностики, обеспечивающим верификацию внутриматочных болезней, в том числе из категории АМК-М (ГЭ, предрак и РЭ), служат диагностическая гистероскопия и биопсия эндометрия (см. приложение 34).
при ОМК следует проводить всем женщинам . Гистологическая верификация состояния эндометрия необходима у пациенток любого возраста с кровотечениями, а также при наличии у них жалоб на боли и давление в области малого таза.
Биопсию эндометрия 40 лет и старше *межменструальными и посткоитальными*
Лечение
Терапия маточного кровотечения должна воздействовать на патогенетическое звено, поэтому в ряде ситуаций у пациенток с АМК из категории PALM возникают показания к хирургическому лечению (см. приложение 35).
Так, при выявлении субмукозной миомы матки и полипов эндометрия следует направить пациентку на гистерорезектоскопию или гистерэктомию. Альтернативой при миоме матки может послужить терапия улипристала ацетатом или мифепристоном. При аденомиозе или ГЭ в репродуктивном возрасте показана гормонотерапия прогестагенами (первая линия), агонистами ГнРГ. У женщин старшей возрастной группы, не заинтересованных в беременности, а также при отсутствии эффекта от гормонотерапии/наличии противопоказаний к ней, при рецидивирующих АМК и отсутствии данных о злокачественных новообразованиях половых органов возможна абляция эндометрия. служат рецидивы АМК и неэффективность/невозможность гормонотерапии или малоинвазивных методов лечения.
℘Приостановлено разрешение Росздавнадзора на использование с апреля 2020 г., «О новых данных по безопасности лекарственного препарата Эсмия» (письмо от 30.03.2020). **Показаниями для гистерэктомии**

При АМК, не связанных с органическими изменениями, терапия первой линии — медикаментозное лечение, позволяющее женщинам сохранить репродуктивную функцию (см. приложение 36).
В качестве негормональных препаратов первой линии применяют транексамовую кислоту (согласно инструкции к препарату). При выборе этого препарата следует обратить внимание на наличие у пациентки тромбозов в личном и семейном анамнезе, что может послужить относительным противопоказанием к терапии. Применение транексамовой кислоты в дозе 3 г/сут (в тяжелых случаях до 4 г/сут) в течение 4 дней блокирует локальные фибринолитические процессы в эндометрии, снижает кровопотерю на 40–60% (сопоставима с КОК и выше, чем у НПВС и при приеме прогестагенов в циклическом режиме).
Для негормональной гемостатической терапии используют НПВС (ибупрофен, напроксен и др.). Несмотря на отсутствие прямых показаний к применению, НПВС способны уменьшить кровопотерю на 20–40% посредством влияния на обмен простагландинов.
Монофазные КОК, содержащие этинилэстрадиол (монофазные низкодозированные — по 30 мкг этинилэстрадиола), применяют для гормонального гемостаза (до 100 мкг/сут в случаях острых АМК), а также для последующей противорецидивной терапии по контрацептивной схеме. Их эффективность составляет 30–50%. КОК в динамическом режиме дозирования, в состав которого входят эстрадиола валерат и диеногест, обладает вдвое большей эффективностью (70–80%) и имеет соответствующее показание в инструкции к применению — ОМК, не связанные с органическими причинами. Необходимо отметить, что КОК могут назначаться в первую очередь только тем пациенткам, которые приходят для подбора контрацепции.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Согласно имеющейся доказательной базе, при сравнении эффективности в снижении объема кровотечений КОК не смогли продемонстрировать большей эффективности в сравнении с гестагенами в циклическом приеме, в то время как применение ЛНГ-ВМС показало небольшое преимущество по эффективности снижения кровопотери.
В соответствии с действующими КР «Аномальные маточные кровотечения» (2021) гестагены рекомендуются для лечения АМК в качестве альтернативы КОК в пролонгированном циклическом режиме.
Эффективность 21-дневной схемы приема прогестагенов сопоставима с приемом КОК. Применение прогестагенов в лютеиновую фазу цикла малоэффективно для снижения объема менструальной кровопотери и не должно использоваться в качестве метода лечения ОМК.
Естественно, выбор в каждом конкретном случае должен быть с учетом потребностей пациентки в случае, если пациентка нуждается в терапии ОМК, а не контрацепции. Терапию прогестагенами обычно используют на втором этапе лечения АМК для профилактики рецидивов. Среди гестагенов применяют дидрогестерон, микронизированный прогестерон или норэтистерона ацетат в II фазу цикла и/или непрерывно (согласно инструкции к препаратам). Прием дидрогестерона в II фазу цикла способствует значительному снижению интенсивности менструальных кровотечений и улучшает связанное со здоровьем качество жизни женщин, страдающих от обильных менструаций.
Левоноргестрел-выделяющая внутриматочная терапевтическая система имеет показание в инструкции к лечению ОМК, не связанных с органическими причинами. Кровопотеря на фоне использования ЛНГ-ВМС снижается на 80–97%, побочные эффекты минимальны. Эффективность сопоставима с абляцией. Применение ЛНГ-ВМС экономически выгодно, обеспечивает контрацептивный эффект и дает возможность сохранить репродуктивную функцию.
Рекомендуется использование агонистов ГнРГ у пациенток с АМК при неэффективности других медикаментозных препаратов и/или при наличии сочетанных заболеваний (миома матки, эндометриоз и др.).
Агонисты ГнРГ эффективно снижают менструальную кровопотерю, обратимо блокируют стероидогенез и вызывают атрофию эндометрия. На фоне лечения уменьшаются дисменорея и тазовая боль, связанные с эндометриозом (КР «Аномальные маточные кровотечения», 2021).
Рекомендуется хирургическое лечение пациенток с АМК при неэффективности медикаментозной терапии, противопоказаниях к ней.
Выбор объема и доступа хирургического лечения зависит от этиологического фактора АМК, возраста, репродуктивных планов. Хирургическое лечение проводится согласно соответствующим КР. Следует рассмотреть возможность применения абляции эндометрия у пациенток с АМК, завершивших репродуктивную функцию. При неэффективности или невозможности использования других методов возможно применение эмболизации маточных артерий (при отсутствии противопоказаний). Окончательным способом лечения АМК является гистерэктомия (КР «Аномальные маточные кровотечения», 2021).
. Пациентки с АМК должны находиться под наблюдением гинеколога. Рекомендуется ведение менструальных календарей и пикториальных карт (балльная шкала пиктограмм для объективной оценки интенсивности кровянистых выделений менструальной кровопотери) для оценки эффективности проводимой терапии. Гинекологическое обследование и УЗИ органов малого таза проводят каждые 6 мес, при необходимости — чаще.
Дальнейшее ведение
. У большинства пациенток репродуктивного возраста при адекватной терапии в течение нескольких месяцев восстанавливаются регулы с нормальной кровопотерей, с отменой гормонотерапии повышается вероятность наступления беременности (КР «Аномальные маточные кровотечения», 2021).
Прогноз
. АМК в период постменопаузы определяется как маточное кровотечение, возникшее через 1 год стойкой аменореи.
АМК в период постменопаузы
Первичная цель диагностического поиска при АМК в постменопаузе независимо от объема кровотечения — исключение органических изменений эндометрия (полипы, гиперплазия и рак эндометрия и др.), гормонпродуцирующих опухолей яичников. Атрофические изменения эндометрия также могут быть причинами АМК в постменопаузе.
Ятрогенные факторы, вызывающие АМК в постменопаузе, ассоциированы с приемом препаратов МГТ, селективного модулятора эстрогеновых рецепторов тамоксифена, антикоагулянтов и др.
Рекомендуется патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала эндометрия у пациенток с АМК в постменопаузе.
. У женщин в постменопаузе адъювантная терапия тамоксифеном может стимулировать пролиферацию эндометрия, повышающуюся по мере увеличения длительности лечения.
АМК на фоне терапии тамоксифеном
УЗ-признаками тамоксифен-индуцированной альтерации эндометрия служат увеличение толщины эндометрия за счет стромальной пролиферации, возникновение субэндометриальных кист, неравномерность границы эндометрий–миометрий, эндометрий в виде пчелиных сот.
. Наиболее частые причины кровотечений на фоне МГТ — атрофия эндометрия, лекарственные взаимодействия, доброкачественные новообразования (полипы эндометрия), а также экстрагенитальные заболевания.
Кровотечения в постменопаузе на фоне МГТ
У женщин в постменопаузе кровянистые выделения (чаще скудные) могут отмечаться в первые 6 мес начала приема монофазной комбинированной МГТ.
. Толщина эндометрия <4 мм у пациенток с АМК на фоне непрерывного комбинированного режима МГТ у женщин в постменопаузе без факторов риска РЭ является порогом, свидетельствующим о низкой вероятности поражения эндометрия. При отсутствии факторов риска РЭ и М-эхе <4 мм допустима выжидательная тактика.
Комментарий

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Рекомендовано всем пациенткам с АМК в постменопаузе на фоне монофазного (непрерывного) комбинированного режима МГТ при толщине эндометрия ≥4 мм патолого-анатомическое исследование биопсийного материала эндометрия.
Дисменорея
выделяют:
В МКБ-10

- N94.4 Первичная дисменорея;
- N94.5 Вторичная дисменорея;
- N94.6 Дисменорея неуточненная.

Дисменорея — расстройство менструации, проявляющееся внизу живота, пояснице, чаще — , реже — . Им часто сопутствуют : тошнота, рвота, диарея, потливость, обмороки, головные боли различной степени выраженности.
болями *схваткообразныминоющими* **во время менструации***нейровегетативные симптомы*
В основе правильного выбора тактики ведения пациентки с дисменореей — уточнение ее , характера [функциональный (первичная, спастическая) или органический (вторичная)]. , которая подлежит лечению сама по себе. , по сути, . При ее выявлении лечению подлежат обе болезни сразу.

*причины***Первичная дисменорея — отдельная болезнь****Вторичнаядисменореясиндром, которым проявляется основное заболевание**
классически возникает спустя 1,5–2,0 года после менархе, совпадая со становлением овуляторных циклов у девушки-подростка.
Ее патогенез — спастические неполноценные сокращения матки во время менструации (активация метаболизма арахидоновой кислоты/гиперсекреция простагландинов в эндометрии; низкая рецептивность эндометрия, недоразвитие мышечных, соединительнотканных элементов и нервных окончаний в миометрии; лабильность нервной системы и снижение порога болевой чувствительности). Причинами могут быть:
Первичная дисменореявторичнойдисменореи

- генитальный эндометриоз (как наружный, так и аденомиоз);
- ВЗОМТ (хронический сальпингит и сальпингоофорит, хроническая воспалительная болезнь матки, туберкулез);
- генитальный герпес;
- субмукозная миома матки;
- аномалии или неправильное положение матки (загиб);
- внутриматочные заболевания (полип, ГЭ, синехии);
- стриктура, стеноз шейки матки;
- опухоль или опухолевидное образование придатков матки;
- тазовые перитонеальные спайки;
- сосудистые мальформации матки и брыжейки яичников.

Диагностика
При выяснении жалоб и сборе анамнеза следует уточнить наличие дисменореи у матери и/или ближайших родственниц. При дисменорее важны указания пациентки на перенесенное хирургическое вмешательство на органах брюшной полости, в первую очередь малого таза. При сезонном обострении дисменореи (весна и осень) необходимо исключить половых органов. Отсутствие эффекта от применения НПВС требует дообследования на генитальный , отсутствие эффекта от КОК — исключения генитального эндометриоза и венозного полнокровия/органов малого таза. .
вторичнойтуберкулез эндометриозварикозной болезни **Дисменореей может сопровождаться любая форма генитального эндометриоза**
Выделяют три степени тяжести дисменореи:

- — слабовыраженная тазовая боль в дни менструации, очень редко приводящая к снижению повседневной активности пациентки;

легкуюстепень

- — повседневная активность снижена, пропуск занятий в школе/снижение работоспособности отмечает редко, обезболивающие препараты оказывают хороший эффект;

среднейтяжести

- — тазовая боль максимально выражена, двигательная активность резко снижена, анальгетики малоэффективны, выражены вегетативные симптомы (головная боль, быстрая утомляемость, тошнота, рвота, диарея).

тяжелуюстепень
Как любая боль, , что необходимо и для оценки эффективности терапии в динамике.
дисменорея требует объективизации по визуально-аналоговой шкале
Помимо болей внизу живота, пациентки могут предъявлять жалобы, обусловленные вегетативно-эмоциональными реакциями, при преобладании вегетативного тонуса — на боли в сердце и сердцебиение, тревогу и депрессию, головную боль по типу мигрени, кишечные колики или запоры, нарушения сна, общую слабость и головокружение, субфебрилитет, ознобы или внутреннюю дрожь, чувство жара, гипергидроз, появление красных пятен на шее . При преобладании парасимпатического вегетативного тонуса боль сочетается с жалобами на вздутие живота и диарею, заметную прибавку массы тела накануне менструации, отеки лица и конечностей, снижение работоспособности, сонливость, зуд и аллергические реакции, зябкость, понижение температуры тела и АД, может сопровождаться также рвотой, судорогами и обмороками, повышенным слюноотделением и приступами удушья.
симпатического в виде сосудистого «ожерелья», тошноту, учащение мочеиспускания
В пубертате наиболее тяжело менструации протекают у астенизированных девушек с психопатическими личностными особенностями (ипохондрия, обидчивость, плаксивость, раздражительность и агрессивность, сменяющиеся подавленностью и апатией). Они могут жаловаться на ощущение тревоги и страха, непереносимость звуковых, обонятельных и вкусовых раздражителей. У пациенток с многолетним стажем болезни дисменорея приобретает все признаки синдрома хронической тазовой боли (астения, головные боли, депрессия).
Дисменорея часто сопровождается проявлениями синдрома предменструального напряжения, как правило, это эмоционально-аффективная и цефалгическая формы предменструального синдрома, при сочетании с дисфункцией лютеиновой фазы возможно нарушение ритма менструаций, присоединение циклических жалоб со стороны молочных желез (см. соответствующий раздел).

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

При опросе с целью уточнения характера дисменореи следует принимать во внимание, что в случае :
первичной дисменореи

- боль начинается за 1–2 дня до менструации или с ее началом и постепенно ослабевает в течение 12–72 ч;
- боль повторяется ежемесячно;
- болевые ощущения имеют центральную либо билатеральную локализацию (внизу живота/над лобком) и иррадиируют в бедро

или поясницу.
Всем пациенткам в возрасте моложе 18 лет проводят пробу с НПВС в дни болезненной менструации (рис. 5.16). Пациентке предлагают самостоятельно оценить выраженность болевых ощущений по 10-балльной системе (где 0 баллов — отсутствие боли, 10 баллов — максимально выраженная боль) на фоне 5-дневного приема любого НПВС, имеющего показания к лечению дисменореи. В 1-й день пробы динамику боли оценивают через 30, 60, 120 и 180 мин после приема первой таблетки, а затем — каждые 3 ч перед приемом следующей таблетки до наступления сна. В последующие 4 дня пациентка должна принимать препарат по 1 таблетке 3 раза в день и оценивать выраженность боли однократно в утренние часы. Наряду с последовательным заполнением болевой шкалы пациентка параллельно фиксирует данные о переносимости препарата и наличии вегетоневротических и психоэмоциональных симптомов, сопровождающих дисменорею (см. выше).

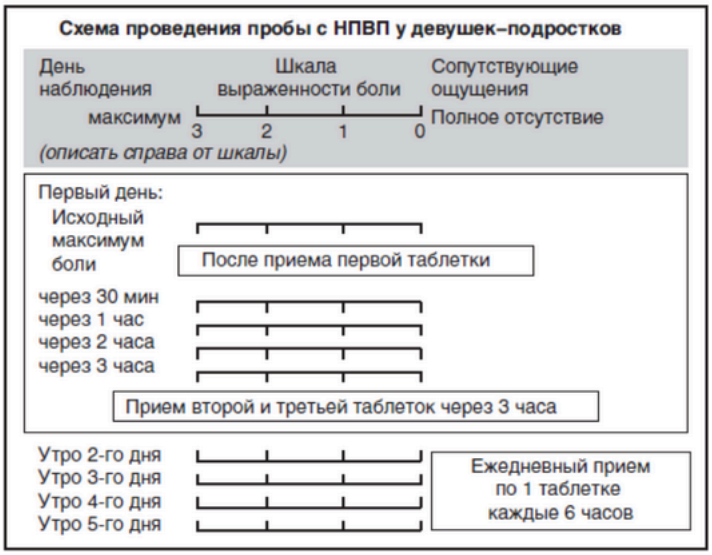
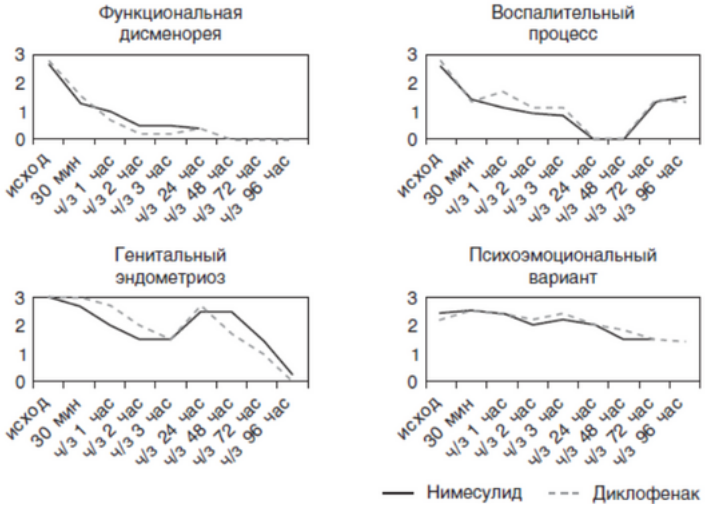


Схема выполнения пробы с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП)

Рис. 5.16.

Врачебная оценка обезболивающего эффекта целесообразна на 6-й день пробы (рис. 5.17).



Диагностическое значение пробы с нестероидными противовоспалительными препаратами для уточнения причины дисменореи

Рис. 5.17.

Быстрое снижение выраженности боли и сопутствующих проявлений дисменореи в первые 3 ч после приема препарата с сохранением положительного эффекта в последующие дни позволяет говорить о первичной дисменорее, обусловленной нарушением метаболизма простагландинов. Подобные результаты пробы позволяют спектр обследования больных анализом данных электроэнцефалографии и определением психоэмоциональных личностных особенностей. Показана консультация врача-невролога и врача-психотерапевта или психиатра.

ограничить

Сохранение или усиление болей на 2–3-й день обильной менструации с последующим ослаблением их интенсивности к 5-му дню пробы более характерно для пациенток с дисменореей, обусловленной генитальным эндометриозом, что требует целенаправленного дообследования для подтверждения диагноза (см. раздел «Эндометриоз»).

Если после приема первой таблетки девушка указывает на закономерное уменьшение интенсивности боли, а при дальнейшем выполнении пробы отмечает сохранение болезненных ощущений до конца приема препарата, вероятной причиной дисменореи может послужить ВЗОМТ. В этом случае необходимо исследование уровня С-реактивного белка и дообследование, направленное . Дифференциальный диагноз при подозрении на генитальный туберкулез проводит врач-фтизиатр/фтизиогинеколог.

на подтверждение или исключение воспалительного процесса

Отсутствие обезболивающего эффекта НПВС на протяжении всей пробы, , позволяет предположить недостаточность или истощение противоболевых компонентов системы ноцицепции. Подобное состояние наблюдают при пороках половых органов, связанных с нарушением оттока менструальной крови, а также при дисменорее, обусловленной нарушениями обмена лейкотриенов или эндорфинов у личностей. Показаны методы исследования, визуализирующие аномалии развития матки (УЗИ 3D/4D за 3–5 дней до ожидаемой менструации, МРТ малого таза), обследование по принципам ведения пациенток с хронической тазовой болью.

начиная с первой таблеткиистероидных

Что указывает на дисменорею:

вторичную

- старт дисменореи совпадает с менархе либо, напротив, боль впервые возникла в возрасте старше 25 лет;
- боль односторонняя, сохраняется вне связи с менструацией;
- дисменорея не сопровождается тошнотой, рвотой, диареей, болями в пояснице, головными болями и головокружением;
- есть указание в анамнезе на перенесенную ИППП или ВЗОМТ;
- боль прогрессивно ухудшается в динамике;

- есть диспареуния и дисхезия;
- дисменорея сочетается с АМК и нарушением ритма менструаций.

Относительно редко дисменорея может быть обусловлена тазовым венозным полнокровием/ (30% среди пациенток с хронической тазовой болью, другие причины которой исключены). У таких больных не выявляется диспареуния, однако их беспокоят посткоитальные боли и боли в течение некоторого времени после гинекологического осмотра. Чаще наблюдаются у многорожавших женщин репродуктивного возраста и не встречаются у пациенток в постменопаузе. Расширение вен малого таза выявляется с помощью визуализирующих методик (УЗИ 3D/4D за 3–5 дней до ожидаемой менструации, МРТ малого таза с контрастом). Самый простой способ дифференциальной диагностики — назначение препаратов диосмина [очищенная микронизированная флавоноидная фракция (диосмин + флавоноиды в пересчете на гесперидин)] на 1 нед. Исчезновение болей — , показано только (Рымашевский Н.В., 1990).

*варикозной болезнью вен малого таза***достоверный признак варикозного расширения вен** *оперативное лечение*

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

При подозрении на вторичный характер дисменореи пациентка может быть направлена к смежным специалистам — педиатру или подростковому терапевту (эхокардиография, определение вегетативного статуса, а также оценка наличия и выраженности признаков дисплазии соединительной ткани), терапевту, эндокринологу, неврологу, психотерапевту или психиатру, урологу и хирургу.

У взрослых женщин обязательно специальное гинекологическое обследование, у пациенток подросткового возраста или у вирго необходимы вульвоскопия и вагиноскопия, а также ректоабдоминальное исследование после опорожнения кишечника или очистительной клизмы.

Лечение

: , коррекция вегетативного тонуса и психического статуса, устранение нарушений ритма менструаций, устранение либо облегчение симптомов органических причин дисменореи.

Цели лечения*купирование болевых ощущений*

Первой рекомендацией пациентке с дисменореей, независимо от ее причины и степени тяжести, должна стать терапевтическая модификация образа жизни, направленная на ограничение учебных или производственных нагрузок, достаточную физическую активность (доказали свою эффективность аэробные нагрузки: танцы, плавание, аэробика, игровые виды спорта), при возможности — соблюдение режима сна и бодрствования (не менее 6 ч и не более 10 ч ночного сна). Пациенткам с тяжелой дисменореей, особенно девушкам-подросткам, могут быть рекомендованы эпизоды дневного сна, а также санаторно-курортное лечение (см. ниже рекомендации относительно физиотерапевтического лечения).

Следует обратить внимание на с целью нормализации метаболизма простагландинов и профилактики дефицита магния, железа, фолиевой кислоты и ω-3-кислот. Рекомендуется увеличить потребление накануне менструации и сразу после нее овсяной, пшенной и гречневой круп, соевых продуктов, растительных масел (соевое, подсолнечное, льняное, оливковое), жирной рыбы (дважды в неделю), семян подсолнечника и тыквы, шпината, фруктов и ягод (вишня, персики, лимоны, апельсины). Из хлебобулочных изделий рекомендуют макароны из твердозерной пшеницы, отруби и цельнозерновые хлебцы. В эти дни необходимо ограничить потребление сладостей (включая шоколад), сливочного масла, жирного мяса и молокопродуктов, жареной пищи, консервов, фастфуда, чипсов и алкоголя, а кофе заменить на какао.

коррекцию рациона

. Индивидуальная или коллективная . Доказан хороший эффект воздействия на триггерные точки (, ,). Рефлексотерапия более эффективна в сочетании с лечебной физкультурой и психотерапией. В лечении дисменореи актуальны диадинамотерапия, , , , . Выбор вида лечения осуществляет врач-физиотерапевт.

Немедикаментозное лечениепсихотерапияакупунктураиглорефлексотерапиямагнитотерапияфлюктуоризацияамплипульс-терапиямассажбальнеотерапия

. Базисная терапия при первичной дисменорее зависит от тяжести заболевания. , однако у КОК нет зарегистрированных показаний к лечению дисменореи. В настоящее время представлен широкий спектр НПВС: индометацин, напроксен, ибупрофен, нимесулид, рофекоксиб, целекоксиб, парацетамол, кетопрофен, кеторолак, диклофенак. В клинической практике чаще всего назначаются неселективные ингибиторы СОХ (у ингибиторов СОХ-2 больше побочных эффектов). Наиболее изучены ибупрофен и напроксен. Следует отдавать предпочтение лекарственным средствам, имеющим соответствующее . Для минимизации побочных эффектов следует акцентировать внимание пациентки на приеме НПВС во время еды, а при вынужденном длительном использовании — менять препараты (класс НПВС) и путь их введения.

*Медикаментозная терапия***Первой линией терапии признаны НПВС и КОК***показание в инструкции*

НПВС отдают предпочтение при легкой и средней степени тяжести дисменореи, у подростков, не нуждающихся в контрацепции, либо при наличии у пациенток противопоказаний к приему КОК.

Основная ошибка в терапии и причина ложной неэффективности НПВС при первичной дисменореи — назначение неадекватных доз препарата. При назначении наиболее распространенного препарата ибупрофен для достижения более быстрого терапевтического эффекта следует назначать разовую дозу 400 мг согласно инструкции.

При дисменорее легкой степени, сохраненном ритме менструаций и отсутствии дисфункции лютеиновой фазы НПВС назначают по 1 дозе препарата (таблетки) 1–2 раза в сутки в 1-й день болезненной менструации. При средней степени тяжести функциональной дисменореи, сочетающейся с проявлениями предменструального синдрома, целесообразно принимать препарат НПВС до менструации по 1 таблетке 2–3 раза в сутки. Больным с тяжелыми проявлениями дисменореи допускается принимать максимально разрешенную в инструкции суточную дозу препарата в 1–3 приема в течение всех дней болезненной менструации.

за 1–3 дня

При дисменорее, в соответствии с инструкцией к применению, особенно у пациенток , могут быть назначены препараты и. При сопутствующей депрессии, выраженных вегетативных расстройствах смежные специалисты могут назначить селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ноотропные, седативные препараты, средства, улучшающие периферическое кровообращение и транквилизаторы.

моложе 18 леттокоферола магния

Для купирования менструальной боли можно также использовать гестагены. Эффективность этой группы препаратов связана с атрофическими изменениями эндометрия и уменьшением объема кровопотери. Например, дидрогестерон зарегистрирован для лечения дисменореи (как первичной, так и вторичной) и служит препаратом выбора в ситуации, когда диагноз «эндометриоз» по той или иной причине неверифицирован. Препарат дидрогестерон (Дюфастон) по этому показанию назначают в дозе 10 мг 2 раза в день с 5-го по 25-й день менструального цикла. Эффективность лекарственного средства подтверждена в рандомизированных клинических исследованиях. При подтвержденной дисфункции лютеиновой фазы, сочетании с ДДМЖ и предменструальным синдромом также допустимо назначение препаратов прогестерона в II фазу цикла, например, дидрогестерона по 10 мг с 14-го по 25-й день цикла или микронизированного прогестерона [прогестерон (Утрожестан)] внутрь по 200 или 400 мг с 17-го по 26-й день цикла в соответствии с инструкцией.

♠♠

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

При выявлении функциональной гиперпролактинемии и при сочетании дисменореи с нарушением ритма менструаций и/или циклической масталгией могут быть эффективны препараты, содержащие экстракт [Мастодинон, прутняка обыкновенного плодов экстракт (Циклодинон)], что обусловлено их дофаминергическими и опиоидергическими свойствами, а также способностью конкурентно связываться с рецепторами к эстрогенам и активировать прогестероновые рецепторы.

Agnus castus ♠♠

Пациенткам с тяжелой формой дисменореи при с преобладанием парасимпатического тонуса в качестве обязательного компонента лечебного воздействия назначают КОК (уровень доказательности А). Им также отдают предпочтение при необходимости контрацепции, при отказе (непереносимости или отсутствии эффекта) от НПВП. Имеются сведения о положительном влиянии на дисменорею регулярной половой жизни, что может обсуждаться с сексуально активными пациентками в пользу выбора КОК с учетом их дополнительных терапевтических преимуществ. При наличии сопутствующих ДДМЖ приоритет необходимо отдавать монофазным КОК, содержащим 20 мкг этинилэстрадиола, в состав которых входят гестоден, дроспиренон либо дезогестрел, либо вагинальному кольцу. при оформлении медицинской документации с ожидаемыми терапевтическими преимуществами в отношении дисменореи. Следует принимать во внимание и другие возможные персональные преимущества использования КОК у конкретной пациентки — период преконцепции (преимущества), предменструальный синдром (могут быть показания в инструкции), рецидивирующие функциональные кисты яичников, обильные нерегулярные менструации, акне или гирсутизм (могут быть показания в инструкции) и др. назначать сочетание и .

высоком уровне эстрадиола **Официальным показанием к назначению КОК служит контрацепция** *КОК с фолатами***Допустимо НПВСКОК**

Как при назначении НПВС, так и при выборе КОК терапии следует оценить их с помощью (сравнить с исходными баллами). Если терапия неэффективна, необходимо искать причину вторичной дисменореи и/или перейти к лечению основного заболевания.

через 3 месэффективностьвизуально-аналоговойшкалы

При наличии генитального эндометриоза препаратами выбора служат агонисты ГнРГ (см. раздел «Эндометриоз»).
У пациенток со ВЗОМТ после исключения туберкулезной этиологии показано целенаправленное лечение воспалительного процесса с использованием физиотерапии.
При подозрении на генитальный герпес как причину тазовых болей показано специфическое лечение.
Относительно редко дисменорея может быть обусловлена тазовым венозным полнокровием/варикозной болезнью вен малого таза.
В случае неэффективности терапии собственно циклического болевого синдрома пациентке любого возраста показано обследование в условиях многопрофильного стационара для уточнения причины дисменореи, которая в этой ситуации с высокой вероятностью носит вторичный характер.
:
Показания к госпитализации

- необходимость хирургических технологий обследования и лечения;
- тяжелые формы дисменореи с преобладанием выраженных вегетативных и психопатических реакций.

. Прогноз при адекватном и рано начатом лечении первичной дисменореи благоприятный. Прогноз при вторичной дисменорее зависит от вида и течения вызвавшего ее заболевания, от факта формирования синдрома хронической тазовой боли.
Прогноз

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников
Ключевые положения.

- ()

Опухоли яичников занимают седьмое место или 4% в структуре всех злокачественных опухолей у женщин.
-
Подвергаются хирургическому лечению по поводу опухолей яичников 5–10% женского населения, причем у 13–21% оперированных обнаруживаются злокачественные опухоли.
-
У беременных частота выявления опухолей придатков матки может достигать 3,2%, а частота злокачественных форм достигает 6,8% всех опухолей у беременных.
-
Отсутствие специфических клинических и диагностических маркеров для пограничных опухолей, латентное течение и низкая выявляемость рака яичников на ранних стадиях, отсутствие специфических и высокочувствительных методов диагностики и лечения приводят к неутешительным результатам выживаемости пациенток этой категории.
Частота опухолей яичников составляет до 19–25% всех опухолей половых органов. Установление диагноза «истинная опухоль в области придатков» — показание к и направлению в стационар на хирургическое лечение. Опухоли и опухолевидные образования яичников составляют до 14% опухолей женских половых органов, доброкачественные опухоли яичников — до 80% всех опухолей яичников, большая часть представлена кистозными образованиями, требующими дифференциального диагноза с ретенционными кистами. Почти каждая женщина в течение жизни сталкивается с тем или иным заболеванием, сопровождающимся увеличением яичника.
срочному обследованию
Доброкачественные опухоли составляют 65–85% всех новообразований, а вероятность злокачественной опухоли у пациентки до 45 лет — 1 из 15. Рак яичников занимает первое место по позднему обнаружению среди опухолей женской репродуктивной системы, вносит самый весомый вклад в показатели смертности от рака половых органов. К сожалению, скрининга на рак яичников в мире нет.
Ряд клиник придерживается мнения, что ежегодное УЗИ органов малого таза позволяет выявить рак яичников на ранних стадиях. Доказательной базы эта концепция не имеет.
Регулярное гинекологическое обследование достоверно не увеличивает частоту обнаружения доброкачественных опухолей яичников. Рекомендован профилактический онкогенетический скрининг женщин с семейным анамнезом опухолей яичников или излеченных от нейроэндокринных опухолей других локализаций.
Этиология опухолей яичников неизвестна. В происхождении опухолевидных образований яичников большую роль придают гормональным нарушениям и, возможно, воспалению. Однако доказать роль тех или иных гормональных нарушений достоверно не удалось. Существует концепция повышенной овуляторной нагрузки на яичник, так называемая гипотеза непрерывной овуляции, подтверждающаяся более частым возникновением опухолей в единственной оставшейся после односторонней аднексэктомии гонаде. Однако роль стимуляторов овуляции в этой связи не доказана окончательно. Широко распространена теория развития эпителиальных опухолей яичника из покровного эпителия. Предполагают, что опухоли полового тяжа и герминогенные опухоли могут развиваться вследствие эмбриональных нарушений на фоне гипергонадотропинемии, что объясняет возрастные пики заболеваемости опухолями яичников в периоде полового созревания и перименопаузе.
.
Классификация опухолей (новообразований) и кист яичников, ВОЗ (2015)

- : фолликулярные кисты, кисты желтого тела, лютеомы беременности и др.

Опухолеподобные поражения яичников
- : эпителиальные, мезенхимальные, смешанные эпителиально-мезенхимальные, опухоли полового тяжа и стромы, зародышево-клеточные, смешанные зародышево-клеточные и полового тяжа и стромы, мезотелиальные.

Опухолияичников
Ключевые положения.
—
Цистаденома яичников*доброкачественная опухоль яичников кистозного строения.*
— ().
Киста яичников *ретенционное функциональное образование яичников кистозного строения киста желтого тела или фолликулярная киста*
Термин «кистома» в настоящее время не используется.
Термин «кистома», использовавшийся в отечественной практике ранее и отсутствующий в научных англоязычных источниках, следует считать
.
анахронизмом
()
Окончательно судить о характере процесса доброкачественный или злокачественный и прогнозе заболевания можно только после получения результата развернутого морфологического исследования удаленного макропрепарата.
:
Гистологическая классификация опухолей яичников, ВОЗ (2014)

- ;

эпителиальные
- ;

стромальные
- ;

мезенхимальные опухоли
- ;

опухоли стромы полового тяжа
- ;

герминогенные опухоли
- ;

смешанные
- ;

лимфопролиферативные заболевания
- ;

опухолеподобные заболевания
- ()

вторичные метастатическиеопухоли.

В зависимости от морфологических признаков атипии клеток и наличия инвазии опухоли яичников подразделены следующим образом:

- 0 — доброкачественная опухоль;
- 1 — неопределенный потенциал злокачественности или пограничная опухоль;
- 2 — карцинома или интраэпителиальная неоплазия III степени;

in situ

- 3 — злокачественная инвазивная опухоль.

Клиническая картина

Ключевые положения.

Опухоли яичников в подавляющем большинстве протекают бессимптомно.

:

Клинические симптомы появляются

- при осложнениях, связанных с нарушением питания и целостности капсулы (перекрут ножки опухоли, разрыв, кровоизлияние, нагноение) — симптомы острого живота;
- канцерогенной трансформации: асците, гидротораксе;
- гормональной активности опухоли (гирсутизм, перераспределение отложения жировой клетчатки по мужскому типу, преждевременное половое созревание, нарушения менструального цикла).

Специфических клинических проявлений неосложненные доброкачественные опухоли яичников не имеют, дебютируя в основном осложнениями. Напротив, образования яичников чаще проявляют себя характерной клинической картиной. Все опухоли и опухолевидные образования яичников рекомендовано описывать пятью пальпаторными признаками:

опухолевидные

- одностороннее или двустороннее;
- подвижность;
- болезненность;
- консистенция;
- размеры.

Наиболее распространенными опухолевидными образованиями яичников являются фолликулярные и кисты желтого тела. Большинство из них относятся к ретенционным образованиям.

— однокамерное жидкостное образование, развившееся в результате ановуляции доминантного фолликула. Фолликулярная киста яичника развивается у молодых женщин, чаще проявляя себя нарушениями менструального цикла. Нередко после задержки менструации у таких пациенток возникает обильное кровотечение. Может быть бессимптомной и проходить без лечения. Фолликулярная киста односторонняя, подвижная, безболезненная, эластической консистенции, до 6 см и более в диаметре. Кисты не содержат аденогенного эпителия, как цистаденомы, поэтому их малигнизация невозможна. Часто исчезает в течение 3–6 мес.

Фолликулярнаякиста

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

— скопление серозной жидкости в полости овулировавшего фолликула. Киста желтого тела характеризуется задержкой менструации, нагрубанием молочных желез; со временем появляются скудные кровяные выделения из половых путей. Возможен весь комплекс сомнительных признаков беременности, поэтому может стать необходимым исключение эктопической беременности. Пальпаторные данные схожи с таковыми для фолликулярной кисты. Кисты желтого тела могут разрываться или перекручиваться, особенно во время полового акта, чаще в правом яичнике.

Киста желтого тела

гинекологи до морфологического исследования обычно трактуют как фолликулярную кисту или простую серозную цистаденому. В отличие от фолликулярных кист не меняется в размерах через 6 мес наблюдения, что и служит показанием к операции. Способность к малигнизации не доказана.

Простую (серозную) кисту яичника

в МКБ-10 рассматривают как эмбриональное нарушение, хотя в последнее время чаще трактуют как цистаденому мезосальпинкса. Возникает из остатков мезонефроса. Проявляется чаще перекрутом ножки. Киста односторонняя, подвижная, тугоэластической консистенции, диаметром до 10 см, хотя редко бывает очень больших размеров. При УЗИ обычно рядом с кистой хорошо визуализируется яичник.

Параовариальнуюкисту

специфической клинической картины не имеют. Опухоли односторонние, подвижные, безболезненные, до 10–15 см, тугоэластической консистенции. Двусторонние опухоли нужно рассматривать как подозрение на малигнизацию. Менструальный цикл не изменяют. Иногда есть жалобы на боли внизу живота, носящие самый разнообразный характер. Как правило, осложнения проявляют себя сильным болевым синдромом (перекрут опухоли, дегенерация капсулы, кровоизлияние, разрыв капсулы), что характерно для подростков. опухоли злокачественны в 5–10% наблюдений. Пограничные опухоли или опухоли низкой степени злокачественности могут распространяться по брюшной полости, поражать большой сальник. Возможны рецидивы.

Эпителиальные опухоли яичников*Муцинозные*

. Эти опухоли иногда называют , хотя реальной гормональной активностью они обладают лишь у 10–14% пациенток. Как правило, опухоли односторонние, плотные, подвижные, безболезненные, небольших размеров. Возможны нарушения менструального цикла. При текаклеточной опухоли и фиброме возможно развитие так называемой триады Мейгса — , , (проходит после удаления опухоли).

Опухоли полового тяжа и стромально-клеточные*гормонпродуцирующимигидротораксаасцитаанемии*

опухоли (Сертоли–Лейдига) регистрируют очень редко. Они обладают омужествляющей активностью. Первично злокачественные, односторонние, неравномерной консистенции, могут быть до 15 см в диаметре. При гомологичном строении андробластом прогноз благоприятный. Стромально-клеточные опухоли обладают андрогенной активностью, описаны больше у беременных, обнаруживают их редко, диагностируют чаще при гистологическом исследовании.

Маскулинизирующие

. Наиболее часто диагностируемая доброкачественная герминогенная опухоль — . Как правило, опухоль односторонняя, у 15–25% пациенток может быть двусторонней, подвижная, неравномерной консистенции, до 15 см в диаметре. Менструальный цикл не изменяет. Малигнизация в тератобластому спорна, большинство ученых считают последнюю опухолью, возникающей . В зрелой тератоме возможны находки не только волос, жировых включений и зачатков зубов, но и гомункулусов, что и отражено в новой классификации. Риск перекрута при тератомах составляет 15%. Обычно опухоль удается вылущить в пределах здоровой ткани. Нарушение целостности капсулы не ухудшает послеоперационных результатов при условии тщательной санации брюшной полости.

Герминогенныеопухолизрелаятератома*de novo*

:

Патогномоничные сонографические признаки доброкачественных опухолей яичников

- однокамерная киста;
- размеры солидного компонента менее 7 мм;
- наличие акустических теней;
- гладкостенная многокамерная опухоль диаметром менее 100 мм;
- отсутствие кровотока при цветовом допплеровском картировании.

:

Патогномичные сонографические признаки злокачественных опухолей яичников

- участки солидного компонента;
- асцит;
- не менее четырех папиллярных структур;
- многокамерная опухоль со множественными солидными компонентами размерами более 100 мм;
- сильно выраженный кровоток при цветовом допплеровском картировании.

[()] ()().

Доморфологическая дифференциальная диагностика доброкачественной и злокачественной опухоли яичников проводится на основании трансвагинальной эхографии и определения онкомаркеров сыворотки крови CA 125 расчет индекса риска малигнизации RMIили эхографии и совокупного определения CA 125 и секреторного белка эпидидимиса человека 4 HE4 с подсчетом индекса ROMA **категория рекомендаций B**

яичников и эпителиальных опухолей другой локализации (кишечника, легких, поджелудочной железы, молочной железы).
CA 125 — маркер злокачественных эпителиальных опухолей
(), ().
CA 125*не используется как скрининговый маркер***категория рекомендаций A***так как может повышаться при беременности, эндометриозе, остром панкреатите, циррозе печени, хронических заболеваниях почек, аппендиците, пневмонии, туберкулезе***уровень рекомендаций II-A**
Повышение CA 125 до 35 МЕ/мл и выше обнаруживается у 78–100% больных раком яичника (в основном при серозной форме). 65 МЕ/мл выявляется у 50% женщин с первичным раком яичников в перименопаузе и у 98% — в постменопаузе.
CA 125 более
В качестве дополнительного маркера , который более чувствителен и специфичен, чем CA 125, для диагностики рака яичников (73% против 43,3% и 95% против 76,4% соответственно). повышается .
целесообразен маркер HE4Следует помнить, что он при эндометриозе, может быть ложноположительным при доброкачественных опухолях

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

При отсутствии морфологической верификации диагноза рекомендуется всем пациенткам с подозрением на пограничные опухоли яичников определение HE4 в крови и определение индекса ROMA в целях дифференциальной диагностики новообразований яичников и оценки вероятности рака яичников.
Определение HE4 в крови и индекса ROMA не заменяет необходимость морфологической верификации диагноза, однако повышенный уровень HE4 увеличивает специфичность диагностики рака яичников (КР «Пограничные опухоли яичников», 2020).
:
Онкомаркерами, специфичными для герминогенных опухолей яичника, являются

- — уровень более 10 000 нг/мл свидетельствует о распространенности процесса, плохом прогнозе и наличии в опухоли элементов хориокарциномы;

ХГЧ
- — патогномоничен для герминогенных опухолей, особенно для опухолей желточного мешка (эндодермального синуса); уровень более 1000 нг/л свидетельствует о плохом прогнозе;

α-фетопротеин
- — специфичный маркер для чистой дисгерминомы (повышается практически у 100% пациенток).

лактатдегидрогеназа
α ( ).
Не доказана польза рутинного исследования дополнительных онкомаркеров: ракового эмбрионального антигена, CA 72-4, CA 19-9, -фетопротеина, лактатдегидрогеназы и β-ХГЧ **категориярекомендаций B**
Целесообразен расчет RMI, так как его чувствительность и специфичность достигают 70–78 и 87–90% соответственно (), в то время как чувствительность и специфичность определения только уровня CA 125 у пациенток в пери- и постменопаузе не превышает 78%.
категория рекомендаций A
RMI основан на возрасте женщины, данных УЗИ, уровне CA 125. По каждому показателю начисляются баллы. Все баллы и уровень CA 125 умножаются. В норме RMI не превышает 200. Чувствительность и специфичность данного метода оценки риска малигнизации составляют 78 и 87% соответственно.
Повышение его выше 200 является предиктором развития рака яичников.
. Для подсчета RMI используются значение CA 125 сыворотки крови (CA 125), менопаузальный статус (M) и УЗ-характеристики в баллах (U).
Методика расчета RMI
RMI является произведением CA 125 (IU/ml), M и U × RMI = CA 125×M×U.

- Значение CA 125 может варьировать от 0 до сотен или тысяч *4 единиц (IU/ml).
- Менопаузальный статус равен 1 в пременопаузе. Менопаузальный статус равен 3 в постменопаузе. К постменопаузальным относят женщин с отсутствием менструаций более 1 года или женщин старше 50 лет, перенесших ранее гистерэктомию.
- Значение U определяется путем подсчета баллов при выявлении нижеперечисленных эхографических характеристик:

- S многокамерное кистозное образование — 1 балл;
- S двусторонний характер поражения — 1 балл;
- S наличие солидного компонента — 1 балл;
- S наличие метастазов — 1 балл;
- S асцит — 1 балл;
- U = 0 (при 0 баллов);
- U = 1 (при 1 балле);
- U = 3 (при баллах от 2 до 5).

().
Вероятные эхографические признаки злокачественного роста и/или повышенные уровни сывороточных онкомаркеров/индексов требуют **обязательной консультации онколога** *для осуществления рациональной маршрутизации больной, а также расширения диагностического поиска категория рекомендаций B*
().
КТ, МРТ и позитронно-эмиссионная томография **не рекомендованы** *для первичного обследования, направленного на выявление опухолей яичников* **категория рекомендаций B**
Всем пациенткам с пограничными опухолями яичников или подозрением на пограничные опухоли яичников выполнить эзофагогастродуоденоскопию и колоноскопию в целях исключения первичной опухоли ЖКТ и оценки наличия сопутствующих заболеваний.
рекомендуется
Всем пациенткам при подозрении на злокачественные новообразования яичника, опухолевую диссеминацию в брюшной полости выполнить КТ брюшной полости, КТ или МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием в целях дифференциальной диагностики заболевания, определения тактики и алгоритма лечения пациентки, оценки прогноза заболевания.
рекомендуется
При противопоказаниях к КТ или ее недостаточной информативности возможно выполнение МРТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием. При опухолевой диссеминации, подозрении на рак low grade возможно выполнение позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с КТ.
Всем пациенткам с подозрением на пограничные опухоли яичников рекомендуется выполнить рентгенографию и/или КТ органов грудной клетки с целью выявления очаговых образований в легких (КР «Пограничные опухоли яичников», 2020).
Лечение опухолевидных образований яичников
: нормализация менструального цикла, лечение тазовой боли, АМК, предотвращение рецидива, восстановление фертильности.
Цельлечения

- Опухолевидные образования, исходно имеющие все УЗ-характеристики фолликулярной кисты или кисты желтого тела, при отсутствии осложнений подлежат амбулаторному наблюдению с контролем УЗИ малого таза через 6 мес.
- Опухолевидные образования яичников, сохраняющиеся на протяжении 6 мес являются показанием к лечению.

хирургическому
- Осложнениями опухолевидных образований следует считать выраженный болевой синдром, признаки внутрибрюшного кровотечения, перекрут яичникового образования и нарушение целостности стенки кисты, что служит показаниями к экстренной госпитализации и хирургическому лечению.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

: в лечении впервые выявленных опухолевидных образований ввиду отсутствия убедительных данных об эффективности данного метода. Однако доказана эффективность КОК при рецидивирующих функциональных кистах яичников.
Медикаментозное лечениеКОКне показаны

показано при сохранении образования в области придатков матки после 6 мес наблюдения, а также при возникновении осложнений (перекрут придатков матки, перфорация стенки объемного образования яичника, апоплексия яичника).
Оперативное вмешательство
Лечение доброкачественных опухолей яичников
NB! Метод лечения опухолей яичников — хирургический.
Доброкачественные опухоли яичников в послеоперационном периоде имеют положительный прогноз для жизни, без рецидивов и отдаленного распространения, тем не менее прогноз для репродуктивного потенциала не всегда благоприятен, что зависит от морфологического строения, размера опухоли, возраста и объема оперативного лечения.
Профилактика
Профилактика возникновения доброкачественных яичниковых образований четко не разработана.
Необходимы профилактические осмотры женщин в любом возрасте и выделение групп риска при диспансерном осмотре.
Целесообразен УЗ-мониторинг для своевременного выявления яичниковых образований.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Заболевания шейки матки
().
Всем женщинам, обратившимся в ЖК, проводится цитологическое исследование мазков из цервикального канала и с поверхности шейки матки. см. раздел «Скрининг»
Основы цитологического иследования. Описание клеточного состава классифицируется по Папаниколау, выделяют пять основных групп.
I.()
Нормальная цитологическая картина — нормальный шеечный многослойный плоский эпителий — парабазальные клетки.
II.
Изменение морфологии клеток, обусловленное воспалительным процессом. Кроме нормального шеечного эпителия, встречаются лейкоциты в умеренном количестве.
III.
Единичные клетки с аномалией ядер или цитоплазмы — наряду с клетками многослойного плоского эпителия встречаются метапластические клетки.
IV.
Отдельные клетки с явными признаками злокачественности — комплексы клеток с дискариозом различной степени выраженности.
V.
Большое количество раковых клеток, когда диагноз не вызывает сомнений; кроме клеток нормального строения, встречаются атипические клетки.
В настоящее время во всем мире принята и используется как морфологами, так и гинекологами классификация Bethesda (2014) (в основе которой — классификация по Папаниколау), которая позволяет определить целесообразность дальнейших диагностических мероприятий для каждой категории обследованных.
Система Bethesda объединила мир благодаря единому цитологическому языку, способствующему эффективному обмену информацией учеными и клиницистами разных стран, что раньше было практически невозможно.
Базовые принципы классификации Bethesda:

- цитопатологи должны пользоваться целесообразной и клинически значимой для врачей терминологией;
- терминология должна отражать современные представления о патологии новообразований шейки матки и интегрировать достижения современной лабораторной практики;
- терминология должна быть одинакова для всех цитологических лабораторий и соответствовать практическим задачам.

()
Первый и очень важный показатель — это адекватность или качество полученного материала. Подтверждено практикой, что 70–90% **ошибок***ложноотрицательный ответ при цервикальном скрининге обусловлено качеством* **забора материала** *и лишь 10–30% зависит от квалификации цитолога.*
Основные категории классификации :
Bethesda

- — интраэпителиальные поражения и злокачественные процессы отсутствуют;

NILM
- — интраэпителиальные поражения плоского эпителия низкой степени (нерезко выраженные изменения клеток плоского эпителия, соответствующие низкой степени риска развития рака), группа охватывает изменения, характерные для ВПЧ инфекции и легкую дисплазию CIN I;

LSIL
- — интраэпителиальные поражения плоского эпителия высокой степени (выраженные изменения клеток плоского эпителия, соответствующие высокой степени риска развития рака), группа охватывает умеренную и тяжелую дисплазию, CIN II, CIN III и .

HSIL*Crin situ*
В классификации отдельно выделены категории:
Bethesda

- атипичные клетки плоского эпителия неопределенного значения — клеточные изменения, которые более значимы, чем реактивные, но количественно или качественно недостаточны для установления диагноза CIN;
- не исключающие HSIL (ASC-H) — категория, занимающая среднее положение между атипичными клетками плоского эпителия неопределенного значения и HSIL.

Наибольшее разночтение цитограмм встречается именно в этих категориях — атипичные клетки плоского эпителия неопределенного значения и ASC-H.
Более детальное обследование больных с атипичными клетками плоского эпителия неопределенного значения с помощью кольпоскопии и прицельной биопсии показало, что менее тяжелое поражение было выявлено у 35%, более тяжелое — у 31%, в том числе 8–10% — CIN II–III, или инвазивный рак.
Градация риска РШМ имеет смысл только тогда, когда от полученной оценки зависит клиническая тактика.
при атипичных клетках плоского эпителия неопределенного значения влияет на дальнейшую тактику и поэтому . При HSIL ВПЧ-тест проводить нет необходимости, так как кольпоскопия показана при любом его результате.
ВПЧ-тестцелесообразен
Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (Cervical intraepithelial neoplasia)
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия — патологический процесс, при котором наблюдают нарушение дифференцировки клеток эпителия в результате пролиферации камбиальных элементов с развитием их атипии, утратой полярности и нарушением гистоструктуры. При этом не происходит инвазия через базальную мембрану, поэтому возможно обратное развитие процесса.
Поражения возникают как в многослойном плоском эпителии влагалищной части шейки матки, так и в участках плоскоклеточной метаплазии. В участках метаплазии изменения начинаются в области перехода между плоским и цилиндрическим эпителием (в ЗТ) и затем распространяются на влагалищную часть или в канал шейки матки. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия может развиваться одновременно в нескольких участках, при этом изменения могут быть разной степени выраженности. До того момента пока , отграничивающей эпителий от стромы, патологическое состояние называют .
*атипические клетки не проникают за пределы базальной мембраны***предраком**
Распространенность
По данным ВОЗ, в мире распространенность плоскоклеточных LSIL составляет 30 млн случаев, а HSIL — 10 млн. Отмечено, что большинство случаев CIN I регрессирует самостоятельно, в то время как прогрессирует только 25% этих образований, 10% трансформируются непосредственно в карциному и только 1% — в инвазивный РШМ.
in situ
Распространенность РШМ в РФ в 2018 г. составила 124 случая на 100 000 женского населения, активно выявлено на профилактических осмотрах 41,8%. Выявление заболевания на поздних стадиях существенно не снижается и в 2018 г. составило 32,6%. Распространенность поражений шейки матки различается в популяциях и составляет для LSIL — 1,5–7,7%, для HSIL 0,4–1,5% (КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», 2020).

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии трех степеней инициируются персистирующей инфекцией, вызванной ВПЧ высокого канцерогенного риска, которая поддерживает прогрессию повреждений до инвазии.
Степень выраженности цервикальной интраэпителиальной неоплазии:

- субклинические признаки папилломавирусной инфекции (койлоцитоз, дискератоз) трактуют как возможные начальные проявления предрака;
- CIN I соответствует слабо выраженной дисплазии (I);
- CIN II соответствует умеренно выраженной дисплазии (II);
- CIN III соответствует тяжелой дисплазии (III) и карциноме ;

in situ

- наблюдается микроинвазивная плоскоклеточная и железистая карцинома. Характерна инвазия в подслизистую основу, относят к раку (см. раздел «Рак шейки матки»).

CIN I имеет наибольшую вероятность регрессии (60–70%) и требует наблюдения. Около 20–30% прогрессируют до CIN II–III — истинных предраковых поражений шейки матки. Период от CIN II–III до инвазивного РШМ продолжается вплоть до 10 лет. За столь длительный период возможно выявление изменений шейки матки, установление диагноза и удаление патологических участков несложными органосохраняющими методиками (эксцизия, конизация шейки матки).
Клинико-визуальный метод — самый доступный в диагностике предрака шейки матки. С его помощью можно выявить выраженные клинические формы предрака шейки матки.
Жалобы (возникают редко): бели, зуд, контактные кровянистые выделения.
Осмотр в зеркалах: белое пятно на слизистой шейки матки при обработке шейки матки 3–5% раствором уксусной кислоты; йоднегативные участки слизистой оболочки шейки матки при тесте с Раствором Люголя.
♠

Лечение
Тактику ведения больных с цервикальной интраэпителиальной неоплазией CIN I определяют индивидуально в зависимости от ряда факторов: величины поражения шейки матки, выявления онкогенных типов ВПЧ, сопутствующих заболеваний (нарушений биоценоза влагалища, нарушений менструального цикла и др.), мотивации женщины (благоприятное влияние имеет отказ от курения, уменьшение количества половых партнеров) и др.
Лечение цервикальной интраэпителиальной неоплазии CIN II–III должно быть радикальным, но по возможности бережным (радиоволновая электроэксцизия шейки матки либо ножевая ампутация шейки матки) (см. рекомендации, касающиеся хирургического лечения в дневном стационаре).
При этом CIN III лечат онкологи. Выбор объема операции зависит от возраста женщины, характера и распространенности процесса.
Перспективна противовирусная и иммуномодулирующая терапия (персонифицированный подход).
Известно, что ВПЧ высокого риска вызывает РШМ. ДНК ВПЧ обнаруживается при этом у 70–80% женщин.
Различают генотипы ВПЧ высокого риска — 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 и генотипы ВПЧ низкого риска — 6, 11, 42, 43, 44.
Генотипы ВПЧ с высокой степенью риска вызывают РШМ, а генотипы ВПЧ с низкой степенью риска — доброкачественные новообразования (кондиломы, бородавки и т.д.).
У женщин положительный результат на наличие генотипов ВПЧ высокого риска свидетельствует о вероятной персистенции ВПЧ. При сопутствующем цитологическом результате это означает, что женщине показано диспансерное наблюдение. В настоящий момент в России официально зарегистрирован и используется современный метод диагностики ВПЧ — это Digene-тест. Чувствительность теста при CIN — 96,1% (аналогичный показатель при изолированном цитологическом исследовании — 53%). Однако тест уступает цитологическому исследованию по специфичности (90,7 и 96,3% соответственно). Из этого следует, что для скрининга рациональнее применять Digene-тест, а в случаях его положительного результата дополнительно прибегать к цитологическому исследованию.
старше 30 лет
Доказанная роль ВПЧ в генезе РШМ была отмечена Нобелевской премией по биологии и медицине в 2008 г. Созданные вакцины для профилактики папилломавирусной инфекции, прежде всего у девушек до сексуального дебюта, уже доступны населению Российской Федерации, но еще не вошли в календарь прививок.
В РФ зарегистрированы две вакцины: двухвалентная, содержащая антигены ВПЧ 16-го и 18-го типов, и четырехвалентная, содержащая антигены к ВПЧ 6, 11, 16 и 18-го типов. Схемы вакцинации (ВОЗ, 2014) предполагают двукратное введение вакцины у девочек 9–13 лет с интервалом 6 мес (интервал может быть увеличен до 12–15 мес). Если интервал между первой и второй дозой меньше 5 мес, то рекомендуется введение третьей дозы вакцины не позднее 6 мес от начала вакцинации. Для девочек старше 15 лет рекомендовано трехкратное введение вакцины по схеме 0,1–2, 6 мес. В настоящее время разрабатываются лечебные вакцины при поражении шейки матки тяжелой степени.
Истинная эрозия шейки матки
«»
Десятилетия в практике гинеколога использовался термин **эрозия шейки матки***применительно к* **любым** *видимым глазом изменениям на шейке, почти всегда — «красное пятно». Практически единственным методом терапии было прижигание шейки матки.*
В современных условиях это недопустимо! Каждый врач должен владеть кольпоскопией, методикой забора мазков на онкоцитологию и персонифицированно относиться к ведению женщины.
()
Прижигание *относится к разряду ятрогений, так как под рубцовой тканью вследствие воздействия крио-, электротока и др. возможно наличие раковых клеток, не доступных для визуализации и забора на цитологию.*
— это участок шейки матки, лишенный эпителия [травматизация (например, гинекологическими инструментами при осмотре); у женщин в постменопаузе]. На месте дефекта эпителиального покрова влагалищной части шейки матки визуализируется обнаженная подэпителиальная строма с плоской, часто гранулярной поверхностью. Дно имеет четкие края, находится ниже уровня многослойного плоского эпителия.
Истинная эрозия (язва) шейки матки
Истинная эрозия встречается редко и проявляется очаговой десквамацией многослойного эпителия.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

()
Причины истинной эрозии язвы шейки матки:

- ожог (после отторжения струпа в результате химического, электрического или криогенного воздействия в любом возрасте);
- сифилис, туберкулез, воспалительные процессы (вагинит, цервицит); истинная эрозия возникает в результате мацерации эпителия, чаще у женщин молодого возраста;
- атрофические изменения слизистой оболочки (выпадение шейки матки, после лучевой терапии);
- физические факторы (после лучевой терапии);
- онкологические заболевания (при распаде раковой опухоли шейки матки, чаще в постменопаузе).

: эрозия визуализируется как участок цвета, лишенный эпителиального покрова; после применения 3% раствора уксусной кислоты дно истинной эрозии равномерно бледнеет; при использовании Раствора Люголя дно окраску не воспринимает (), окрашивается только окружающий многослойный плоский эпителий.
Расширенная кольпоскопияКольпоскопия. Атлас / Т.Н. Бебнева, С.И. Петренко; под ред. В.Е. Радзинского. 2-е изд., расш. и доп. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2022. (Заказ онлайн на сайте praesens.ru в разделе «Книги».)*ярко-красного*♠*проба Шиллера отрицательная*
:
Лабораторные исследования

- ПЦР-выявление трепонем, гонококков, хламидий, трихомонад, ВПГ;
- бактериоскопическое и (по показаниям) бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала и влагалища.

крайне важна, в первую очередь для исключения злокачественного процесса или клинических проявлений специфического процесса, например сифилиса.
Дифференциальнаядиагностика

. Макроскопически имеет форму кратера с плотным дном, грязноватым налетом и приподнятыми в форме валика неровными краями. Характерна легкая контактная кровоточивость.
Эндофитная форма РШМ
Обследование: цитологическое исследование; петлевая биопсия участка эрозии с захватом здоровой ткани с последующим гистологическим исследованием для исключения РШМ (при сомнительных результатах цитологического исследования). Преимущество имеет радиоволновой метод, так как не обжигает края биопсированного материла.
Перечисленные обследования необходимо провести у пациенток в пери- и постменопаузе при выявлении истинной эрозии.
. Клиническая характеристика: небольшой размер (5–10 мм в диаметре); форма округлая или овальная; края эрозии блюдцеобразные, не отвесные; дно ровное и блестящее (лакированное); цвет эрозии красный, иногда появляется сероватый оттенок; в основании эрозии — видимое на глаз уплотнение, которое приподнимает эрозию над окружающими тканями; отсутствие контактной болезненности и кровоточивости; прозрачное серозное отделяемое при механическом раздражении.
Сифилитическая эрозия шейки матки **(** *редко***)**
Необходимы соответствующие серологические анализы и направление больной в специализированное учреждение для подтверждения диагноза.
. Истинная эрозия травматического происхождения в лечении не нуждается. При специфической этиологии эрозии — лечение основного заболевания.
Лечение
Эктопия шейки матки
(эктопия цилиндрического эпителия) — смещение границ цилиндрического эпителия на влагалищную часть шейки матки.
Эктопия шейки матки
Основные положения. *Во внутриутробном периоде и при рождении процесс смещения цилиндрического эпителия на экзоцервикс — нормальный этап развития шейки матки. К концу 1-го года жизни шейка матки начинает удлиняться, и переходная зона стыка эпителиев смещается по направлению к наружному зеву.*
После менархе формируется физиологическая эктопия за счет смещения цилиндрического эпителия на влагалищную часть шейки матки. У подростков и женщин раннего репродуктивного возраста эктопию шейки матки рассматривают как физиологическое состояние, связанное с относительной гиперэстрогенией.
()
Появление эктопии шейки матки при беременности ectopia gravidarum также считают физиологическим состоянием.
()
При достижении женщиной репродуктивного возраста граница цилиндрического и многослойного плоского эпителия визуализируется на уровне наружного зева. Цилиндрический эпителий является гормонозависимым, и любая эстрогенная стимуляция способствует перемещению цилиндрического эпителия на поверхность экзоцервикса. Именно поэтому эктопия может сохраняться и в репродуктивном возрасте, особенно у женщин с нарушением менструального цикла на фоне относительной гиперэстрогении и НЛФ.
Эктопия может быть врожденной и приобретенной.
Врожденные эктопии — временное физиологическое состояние, они не опасны в отношении малигнизации и не требуют лечения.
Приобретенную эктопию шейки матки рассматривают как заболевание, обусловленное влиянием эндогенных и экзогенных этиологических факторов. Ведущая теория возникновения цервикальной эктопии — нарушения гормонального гомеостаза.
К экзогенным факторам относят инфекционные, вирусные и травматические (травмы шейки матки во время родов и абортов).
:
Лабораторно-инструментальные исследования

- цитологическое исследование отделяемого из цервикального канала и влагалища;
- бактериоскопическое (по показаниям — бактериологическое) исследование отделяемого влагалища;
- ПЦР-диагностика для выявления гонококков, хламидий, трихомонад;
- ВПЧ высокого канцерогенного риска.

Эктопия шейки матки не требует лечения. Показано динамическое наблюдение 1 раз в год с расширенной кольпоскопией и цитологическим исследованием.
КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2020).
Рекомендуется проводить патогенетическое лечение истинной эрозии шейки матки в соответствии с причиной, вызвавшей десквамацию эпителия (воспалительные заболевания,травма, возрастная атрофия слизистых).
Не рекомендуется деструкция эктопии, так как эктопия шейки матки является вариантом нормы и не требует лечения.
Необоснованная деструкция эктопии и нормальной ЗТ в случае развития неоплазии не предупреждает прогрессию заболевания в скрытой части канала, но способствует трудностям в диагностике.
Не рекомендуется медикаментозное лечение плоскоклеточных интраэпителиальных поражений в качестве самостоятельного метода.
Лечение иммуномодуляторами продуктивного компонента ВПЧ-инфекции, инициирующей и поддерживающей прогрессию CIN патогенетически оправдано лишь в дополнение к эксцизии. В исследованиях с низким уровнем доказательности показан ряд положительных результатов в отношении суппозиториев на основе дииндолилметана, инозина пранобекса и некоторых других препаратов.
Не рекомендуется применять локально средства, влияющие на тканевой обмен, содержащие алоэ, масло облепихи, масло шиповника и др., в связи с возможным усилением пролиферативных процессов и повышением риска возникновения CIN.
Эктропион шейки матки
— выворот слизистой оболочки канала шейки матки.
Эктропионшейкиматки
следующие: разрывы шейки матки после родов (особенно двусторонние), образующиеся при самопроизвольных родах, чаще после родоразрешающих операций; неправильное зашивание разрывов шейки матки; насильственное расширение канала шейки матки при искусственном аборте, особенно на поздних сроках беременности; неправильное лечение других заболеваний шейки матки.
Причиныэктропиона

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Не рекомендуется лечить неосложненный эктропион шейки матки.
Врожденный эктропион у ВПЧ-негативных женщин относится к неопасным состояниям в отношении развития предрака и РШМ (КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», 2020).
Выворот слизистой оболочки канала шейки матки обычно ограничивается нижним ее отделом, но может быть и более выраженным.
У больных с деформированной шейкой матки длительное существование старых разрывов приводит к развитию хронического воспалительного процесса, являющегося причиной формирования патологических изменений многослойного плоского эпителия.
Наиболее эффективный метод лечения эктропиона шейки матки — конизация или реконструктивно-пластическая операция методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову, восстанавливающая анатомию шейки матки до внутреннего зева.
Лейкоплакия
— патологический процесс, связанный с ороговением поверхностных слоев многослойного плоского эпителия шейки матки.
Лейкоплакия
Для лейкоплакии характерно бессимптомное течение, а также отсутствие специфических жалоб, однако у 30% пациенток отмечаются обильные бели, возможны контактные кровянистые выделения, которые должны настораживать клинициста в отношении малигнизации.
Данные осмотра: тонкая белая пленка, которая может легко слущиваться; плотные глыбчатые бляшки с четкими контурами. Внешние проявления простой лейкоплакии зависят от толщины кератинового слоя. После его удаления визуализируются блестящие участки розового цвета, свидетельствующие об истинных размерах поражения.
Кольпоскопические признаки:

- «немые» йоднегативные зоны, которые можно диагностировать только с помощью теста Шиллера;
- красные точки, одинаковые по величине; они представляют собой соединительнотканные сосочки в многослойном плоском эпителии, в которых видны петли капилляров;
- мозаика — многоугольные участки, разделенные красными нитями капилляров, что создает рисунок мозаики; при обработке уксусной кислотой картина мозаики становится более отчетливой;
- кольпоскопические признаки гиперкератоза.

Из-за наличия рогового слоя на поверхности многослойного эпителия в мазки не попадают клетки с дискариозом из глубоких слоев, где возможны нарушения дифференцировки, пролиферации и атипия. Основным методом диагностики является морфологическое исследование биоптата шейки матки. Для качественного его выполнения необходимо проводить прицельную биопсию под контролем кольпоскопии из пораженных участков шейки матки, но лучше — .

микроэксцизию ткани на стыках эпителия
Для гистологической оценки лейкоплакии любой локализации очень важным является факт наличия или отсутствия в нижних слоях многослойного плоского эпителия.
клеточного атипизма
Морфологические изменения многослойного плоского эпителия при лейкоплакии:

- утолщение покровного эпителия в основном за счет увеличения числа клеток промежуточного слоя с сохранением их комплексности, что может быть обусловлено акантозом — погружением эпителиальных пластов в строму;
- наличие рогового слоя на поверхности эпителия, который в норме отсутствует;
- наличие зернистого слоя, расположенного под роговым и представленного 2–3 рядами клеток, цитоплазма которых заполнена умеренным количеством базофильных гранул;
- рассеянная или очаговая лимфоидная инфильтрация собственной оболочки слизистой;
- паракератоз (встречается часто) — неполное ороговение многослойного плоского эпителия. В этом случае поверхностный слой многослойного плоского эпителия представлен несколькими рядами уплощенных клеток, вытянутых параллельно основанию, с мелкими пикнотическими ядрами и оксифильной цитоплазмой. Под паракератозом зернистый слой отсутствует.

Лейкоплакия без атипии и при отсутствии ВПЧ не малигнизируется и подлежит только наблюдению (КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», 2020).
Лейкоплакия с атипией подлежит удалению (конизация шейки матки), предпочтение отдается радиоволновому методу.
При LSIL рекомендуется динамическое наблюдение с использованием цитологического исследования микропрепарата шейки матки 1 раз в 6 мес в течение 18–24 мес (с целью раннего выявления прогрессирования) (КР «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», 2020).
У молодых и/или планирующих беременность пациенток с морфологически подтвержденным диагнозом LSIL (признаки ВПЧ-инфекции, койлоцитоз, CIN I) предпочтительна выжидательная тактика с динамическим наблюдением за состоянием шейки матки в течение 18–24 мес в виде цитологического контроля 1 раз в 6 мес и ВПЧ-тестирования 1 раз в 12 мес. Хирургическое лечение рекомендуется в случае отсутствия регрессии через 18–24 мес.
деструктивное или эксцизионное лечение (в зависимости от типа ЗТ) при сохранении поражений, соответствующих CIN I более 18–24 мес с целью профилактики прогрессирования.
Рекомендуется
Деструкция возможна только при 1-м типе ЗТ, когда визуализируется вся ЗТ с переходной зоной, у женщин до 35 лет с отсутствием аномалий в мазках из цервикального канала, с минимальными рисками поражения эндоцервикальных крипт, при соответствии результатов цитологического, кольпоскопического и патолого-анатомического исследований. В остальных случаях и при сохранении CIN I даже в возрасте моложе 24 лет показана эксцизия.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Женщинам старше 40 лет с CIN I в биоптате эктоцервикса выполнить петлевую эксцизию ЗТ в связи с риском синхронных тяжелых поражений, скрытых в канале, вследствие длительной персистенции ВПЧ ВКР.
хирургическое лечение при HSIL (CIN II, CIN III) — электроэксцизия шейки матки или конизация в зависимости от типа ЗТ с последующим выскабливанием цервикального канала с целью исключения злокачественного процесса.
Рекомендуется
При эксцизии необходимо иссечь всю ЗТ с переходной зоной и частью вышележащих эндоцервикальных крипт. При ЗТ 1-го типа, располагающейся полностью на эктоцервиксе, независимо от размера глубина иссечения должна быть не менее 7 мм. При ЗТ 2-го типа глубина иссечения увеличивается до 10 мм. При затруднении полноценной визуализации стыка МПЭ и ЦЭ (частично визуализируется или не визуализируется) и при наличии эндоцервикального компонента глубина иссечения не должна быть менее 15 мм — конизация.
У женщин до 25 лет с диагнозом CIN II в биоптате при p16-негативном результате ИГХ динамическое наблюдение с использованием цитологического контроля, ВПЧ-тестирования и кольпоскопии 1 раз в 6 мес в течение 2 лет.
допустимо
В случае отсутствия регресса перейти к активной тактике (эксцизия шейки матки). У пациенток с диагнозом CIN II в биоптате при p16-позитивном результате ИГХ рекомендована безотлагательная эксцизия шейки матки.
деструктивные методы (радиоволновая терапия шейки матки, аргоноплазменная деструкция, криодеструкция шейки матки, лазерная вапоризация шейки матки) только для CIN I с целью лечения заболевания при условии полной визуализации ЗТ (1-й тип ЗТ — поражения ограничены эктоцервиксом); при отсутствии кольпоскопических признаков поражения эктоцервикальных желез с погружением АБЭ в них; отсутствии данных о вовлечении эндоцервикса в патологический процесс; отсутствии хирургического лечения шейки матки в анамнезе; отсутствии расхождений между данными цитологического, кольпоскопического и патолого-анатомического исследований.
Рекомендуются
при CIN III направлять пациенток к врачу-онкологу/акушеру-гинекологу или в специализированные гинекологические центры для выполнения конизации шейки матки с последующим выскабливанием цервикального канала и по показаниям — полости матки (сопутствующие заболевания эндометрия).
Рекомендуется
При патолого-анатомическом подтверждении диагноза и отсутствии опухолевых клеток в краях резекции и соскобе из оставшейся части цервикального канала объем хирургического вмешательства считается адекватным. Если в краях резекции шейки матки или соскобе из оставшейся части цервикального канала обнаруживается HSIL, рекомендован цитологический, кольпоскопический и ВПЧ-контроль через 2–4 мес. При наличии аномальных результатов цитологии и/или аномальной кольпоскопической картины и/или при позитивном ВПЧ с сохранением вирусной нагрузки показана повторная конизация, в некоторых случаях возможна гистерэктомия.
Пациентки после надвлагалищной ампутации матки наблюдаются по стандартной схеме в зависимости от возраста. При выявлении заболеваний шейки матки (CIN II/CIN III) оперативное лечение целесообразно в стационарах третьей группы (стационары, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, разрабатывающие новые методы диагностики и лечения гинекологических заболеваний) в связи с изменениями топографо-анатомических взаимоотношений и возможными интраоперационными осложнениями.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Планирование семьи. Контрацепция
В 1968 г. Организация Объединенных Наций впервые провозгласила право на планирование семьи, свободное, ответственное родительство как неотъемлемое право каждого гражданина. По определению ВОЗ, термин «планирование семьи» предусматривает те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь желаемого количества детей и профилактировать аборты. Деятельность ЖК включает в себя санитарное просвещение и консультирование по вопросам планирования семьи, выдачу рекомендаций по противозачаточным средствам, лечение бесплодия, просвещение по вопросам семьи и брака, организацию генетических консультаций, рентгенологических обследований и многое другое для оценки состояния репродуктивного здоровья населения.
:
Задачи планирования семьи

- помочь избежать нежелательной беременности;
- регулировать интервалы между беременностями и родами;
- помочь произвести на свет желанных детей;
- выбрать время рождения детей в зависимости от возраста и здоровья родителей, желаемого времени рождения ребенка;
- обеспечить желаемое число детей в семье.

Несмотря на то что за последние 10 лет количество абортов в России сократилось в 1,7 раза, общее их число превышает показатели всей объединенной Европы, включая бывшие социалистические страны (Румыния, Болгария и др.).
Основным достижением планирования семьи следует считать в регионах много- и часторождаемости, в странах с низкими показателями рождаемости.
достижение 2-летнего интергенетического интервала профилактикаабортов
В настоящее время государство гарантирует женщине только один бесплатный метод регулирования рождаемости — аборт (!). Программы популяризации и бесплатного распространения средств контрацепции отсутствуют. В условиях недостаточной информационной поддержки со стороны врачей, под давлением социальных табу многие молодые женщины и девочки-подростки, не зная, как уберечь себя

от беременности, или не придавая этой необходимости должного значения, вынуждены прерывать свою первую беременность. На долю подростков приходится более 11% всех абортов.
()
Медикаментозное прерывание беременности мифепристон + мизопростол — наиболее безопасный способ, имеющий наименьшее количество осложнений. Отсутствуют данные о случаях материнской смертности после фармаборта.
В 2015 г. утвержден клинический протокол «Медикаментозное прерывание беременности» (МЗ РФ 15.10.2015), в соответствии с которым выбор метода прерывания нежеланной беременности до 63 дней аменореи (8–9 нед беременности) осуществляется женщиной на основании информирования ее врачом или иным медработником. КР декларируют медикаментозный аборт как основной, не нарушающий репродуктивное здоровье женщины. Более того, он признан ВОЗ Причина — фертильность после него восстанавливается в следующем менструальном цикле.
основным на ближайшие 100 лет!
По желанию женщины также может быть применена вакуум-аспирация. Метод имеет бóльшее количество осложнений. Метод и ни одними документами, и опорожнение матки от продуктов зачатия кюреткой относится к ненадлежащему исполнению профессиональных обязанностей. Это карается весьма строго в случаях тяжких последствий для здоровья или смерти женщины. Кюретаж можно использовать при доказанном массивном маточном кровотечении (см. рекомендации, касающиеся хирургического лечения в ЖК).
дилатации кюретажа **не рекомендован**
Почему же распространенный за рубежом метод медикаментозного прерывания беременности не занял лидирующих позиций в РФ? Только ли привычка? Нет, причина глубже: желание «проверить» опорожнение матки подвигает врача направить женщину на после приема мизопростола. Ведь детрит может покидать матку вплоть до следующей менструации. Он при УЗИ будет трактоваться как «остатки плодного яйца» и, соответственно, станет показанием к опорожнению матки — увы, все тем же «пещерным» кюретажем!
УЗИ ненужное и не показанное минимум 10–14 дней
Уже изобретены тесты на «совершившийся аборт» проверка уровня ХГЧ (в РФ это «СНЕСК-4», дешевый и надежный), но преобладание желания рукотворствовать, не всегда бескорыстно, преобладает во многих территориях страны. Все чаще в прессе поднимается вопрос о целесообразности абортов как «вполне логичного» продолжения национального проекта, направленного на повышение рождаемости в России. Эта идея легка для понимания обывателя: если женщине запретить делать аборт, то она будет вынашивать незапланированную беременность и родит ребенка. Однако идея эта . Необходимо осознать, что, во-первых, женщина не будет сохранять нежеланную беременность, найдет криминальный способ прервать беременность даже с риском для здоровья, во-вторых, только свободное, информированное и осознанное планирование беременности позволяет избежать осложнений, связанных с прерыванием беременности, способствует сохранению репродуктивного здоровья женщины, а следовательно, и рождению детей в то время, когда супружеская пара готова в этому.
запрета*ошибочна и вредна*

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Критерии приемлемости различных методов планирования семьи
При консультировании необходимо выбрать наиболее безопасный и эффективный для каждой пары метод контрацепции. При этом следует ориентироваться на рекомендации ВОЗ и российские «Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции» (2012). Согласно этим рекомендациям, принятым большинством стран в качестве национальных стандартов для служб планирования семьи, все состояния (заболевания и особенности женщины — курение, послеродовой период и т.д.), влияющие на каждого метода контрацепции, подпадают под одну из следующих .
«Медицинские критерии для начала и продолжения использования контрацептивных методов» (ВОЗ, 2015, 5-е изд.) приемлемость использования четырех категорий

- Нет ограничений для использования контрацептивного метода.
- Преимущества использования метода в целом перевешивают теоретический или реальный риск.
- Применение контрацептивного метода сопровождается повышенным риском для здоровья.
- Применение контрацептивного метода ведет к неприемлемому риску для здоровья.

Большое значение в предупреждении непланируемой беременности, а следовательно, и в профилактике абортов, снижении гинекологической заболеваемости и материнской смертности, сохранении репродуктивного потенциала имеет правильное и адекватное использование партнерами существующих методов контрацепции. Методология предохранения от нежелательной беременности — одна из наиболее важных в программе планирования семьи. Существует достаточно много различных противозачаточных средств, рекомендованных мировыми и отечественными документами о приемлемости контрацепции.
Согласно ВОЗ, современные контрацептивы должны максимально отвечать следующим условиям:

- ;

быть высокоэффективными
- ;

не оказывать системного влияния на организм
- ;

обладать обратимым действием
- ;

быть простыми в применении
- ;

быть доступными для любых социальных групп
-

быть экономически выгодными.
В настоящее время наиболее распространены следующие виды контрацепции: барьерные методы, внутриматочные средства, гормональная контрацепция, биологические методы. Особым методом регуляции рождаемости является мужская и женская стерилизация.
— синтетические аналоги женских половых гормонов — эстрогенов и прогестерона. Собственно контрацептивный эффект достигается гестагенным (прогестероноподобным) компонентом. Эстрогены используют для контроля за менструальным циклом.
Гормональныеконтрацептивы
Механизм действия различных гормональных контрацептивов основывается:

- на блокаде овуляции вследствие подавления секреции гонадолиберина;
- уплотнении и сгущении цервикальной слизи;
- нарушении функции желтого тела;
- нарушении имплантации за счет изменения морфологических свойств эндометрия.

В зависимости различают комбинированные эстрогенгестагенные препараты (таблетированные КОК) и только гестагенсодержащие препараты («чистые» гестагены). Последние, в свою очередь, подразделяются на таблетки с микродозами гестагенов, чисто прогестиновые оральные контрацептивы или мини-пили, таблетки с большими дозами гестагенов (для посткоитальной контрацепции), имплантаты и инъекции гестагенов пролонгированного действия.
от состава
Наибольшее распространение получили комбинированные эстроген-гестагенные препараты (КОК). Действие КОК основано на обратимом подавлении овуляции путем торможения секреции гонадолиберина гипоталамусом и гонадотропных гормонов гипофизом, «железистой регрессии» эндометрия, уплотнении цервикальной слизи. При правильном использовании — почти 100% эффективность; обратимость метода.
Клинические особенности КОК:

- высокая контрацептивная надежность;
- хорошая переносимость;
- доступность и простота применения;
- отсутствие связи с половым актом;
- адекватный контроль менструального цикла;
- обратимость ановуляторного эффекта;
- безопасность для большинства соматически здоровых женщин.

Применение КОК обладает рядом неконтрацептивных благотворных влияний и на репродуктивную систему, и на организм женщины в целом. По данным многолетних эпидемиологических исследований, регулярный и длительный (не менее 2 лет) прием КОК ведет

к значительному снижению числа гинекологических и некоторых других заболеваний. В частности, сокращается относительный риск развития РЭ (в среднем на 60%), рака яичников (в среднем на 40%), кистозных образований яичников, эктопической беременности, миомы матки, эндометриоза, дисменореи, предменструального синдрома, АМК, острых воспалительных гинекологических заболеваний, фиброзно-кистозных мастопатий, железодефицитных анемий, ревматоидного артрита, заболеваний щитовидной железы, пептической язвы желудка, постменопаузального ОП.
— прогестаген нового класса, отличающийся от всех ранее существующих прогестагенов повышенной безопасностью, поскольку не нарушает окислительного метаболизма в печени.
Дроспиренон
По своим биологическим эффектам дроспиренон максимально близок к эндогенному прогестерону. Подобно последнему дроспиренон оказывает умеренный иэффект, не имеет эстрогенной, андрогенной и глюкокортикоидной активности. За счет антиандрогенной активности дроспиренон эффективно уменьшает тяжесть угревой сыпи, себореи и гирсутизма.
антиандрогенный антиминералокортикоидный
В настоящее время на российском рынке представлен оральный контрацептив этинилэстрадиол + дроспиренон (Ярина) (30 мкг этинилэстрадиола + 3 мг дроспиренона). Благодаря совокупности антиминералокортикоидного и антиандрогенного действия этинилэстрадиол + дроспиренон (Ярина) обеспечивает комплекс благоприятных клинических эффектов: стабильную массу тела, уменьшение тяжести предменструального синдрома, улучшение состояния кожи и волос, что ставит препарат в ряд контрацептивных средств первого выбора.
♠♠

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Дроспиренон + этинилэстрадиол представляет новый режим оральной контрацепции «24+4»: 24 активные таблетки и 4 таблетки плацебо (препарат принимается без перерывов между упаковками).
Вследствие этого действие дроспиренона продлевается практически на целый 28-дневный цикл, что усиливает клинические благоприятные эффекты, такие как уменьшение задержки жидкости, облегчение предменструальных симптомов, лечение акне. Дроспиренон + этинилэстрадиол, благодаря сниженной дозировке эстрогена и удлиненному действию дроспиренона, не вызывает увеличения массы тела. Дроспиренон + этинилэстрадиол обеспечивает высокую стабильность менструального цикла, такую же, как и более высокодозированные препараты.
По сравнению со стандартным режимом оральной контрацепции, дроспиренон + этинилэстрадиол обеспечивает следующие преимущества:

- устранение симптомов, наблюдающихся во время перерывов в приеме стандартных оральных контрацептивов с режимом 21+7 (в период 7-дневного перерыва), уменьшение головной боли, боли в животе, изменений настроения и др.;
- лучшее соблюдение режима приема (поскольку таблетки принимаются ежедневно и исключена ситуация, когда женщина забывает начать прием новой упаковки после перерыва);
- пролонгированное действие дроспиренона и большая лечебная эффективность в отношении акне и предменструального синдрома.

Дроспиренон + этинилэстрадиол применяется также и по лечебным показаниям, таким как:

- предупреждение беременности (основной эффект);
- лечение предменструального дисфорического синдрома (тяжелой формы предменструального синдрома) у женщин, нуждающихся в контрацепции;
- лечение акне средней степени тяжести у женщин, нуждающихся в контрацепции.

Большое достоинство препаратов дроспиренон + этинилэстрадиол + [кальция левомефолат] и дроспиренон + этинилэстрадиол + [кальция левомефолат] — включение в состав ежедневно принимаемых пилюль фолиевой кислоты (а именно его активной формы метафолина, эквивалентная доза 400 мкг фолиевой кислоты). Препараты имеют преимущество у женщин репродуктивного возраста, так как при отмене препарата отсутствует дефицит фолиевой кислоты и снижается частота дефектов невральной трубки, пороков сердца, мочевыводящих путей и других пороков у плода и новорожденного.
♀
Контрацептивный эффект КОК основан на взаимодействии различных факторов, наиважнейшими из которых являются подавление овуляции и изменение свойств секрета шейки матки. Наряду с предупреждением нежелательной беременности КОК обладают рядом положительных свойств. У женщин, принимающих КОК, уменьшаются болезненность и интенсивность менструальноподобных кровотечений, в результате чего снижается риск железодефицитной анемии. Имеются также данные о снижении риска развития РЭ и рака яичников.
Препарат диеногест + эстрадиола валерат обладает благоприятным эффектом в отношении эндометрия, что может быть применимо у женщин, предпочитающих пероральную контрацепцию. Эффективность и безопасность эстрадиола валерата/диеногеста в лечении симптомов обильного менструального кровотечения изучены в двух двойных слепых плацебо-контролируемых клинических исследованиях. Оба исследования продемонстрировали клинически и статистически значимое уменьшение менструальной кровопотери. Это сопровождалось статистически значимым улучшением показателей метаболизма железа (Hb, гематокрит и ферритин).
Эстрогеном в препарате диеногест + эстрадиола валерат является эстрадиола валерат, предшественник естественного 17β-эстрадиола человека (1 мг эстрадиола валерата соответствует 0,76 мг 17β-эстрадиола). Эстрогенный компонент, используемый в этом КОК, таким образом, отличается от обычно используемых в КОК эстрогенов, к которым относятся синтетические эстрогены — этинилэстрадиол или его предшественник местранол, оба содержащие этинильную группу в положении 17α. Эта группа обусловливает более высокую метаболическую стабильность, однако также и более выраженное действие на печень.
Прием препарата диеногест + эстрадиола валерат ведет к менее выраженному действию на печень по сравнению с трехфазными КОК, содержащими этинилэстрадиол и левоноргестрел. Было показано, что влияние на концентрацию глобулина, связывающего половые гормоны, и параметры гемостаза менее выражены. В комбинации с диеногестом эстрадиола валерат демонстрирует повышение липопротеидов высокой плотности, тогда как концентрация холестерина и липопротеинов низкой плотности несколько снижается.
Диеногест представляет собой прогестаген, который характеризуется дополнительными частичными антиандрогенными эффектами. Его эстрогенные, антиэстрогенные свойства незначительны. Благодаря особой химической структуре обеспечивается спектр фармакологического действия, сочетающий наиболее важные преимущества 19-нор-прогестагенов и производных прогестерона.
Для популяризации оральных контрацептивов в России экономическая сторона вопроса имеет принципиальное значение. Оптимальным соотношением цены и качества обладают препараты компании «Гедеон Рихтер» — дезогестрел + этинилэстрадиол (Новинет), дезогестрел + этинилэстрадиол (Регулон), хлормадинон + этинилэстрадиол (Белара).
♠♠♠

Основные принципы наблюдения женщин, применяющих КОК.

- Ежегодное гинекологическое обследование, включающее кольпоскопию и цитологическое исследование.
- УЗИ молочных желез с 30 до 40 лет (приказ № 1130) и маммография 1 раз в год с 40 лет.
- Регулярное измерение АД, при стабильном повышении диастолического АД до 90 мм рт.ст. и более — прекращение приема КОК.
- Специальные обследования по показаниям (при развитии побочных эффектов, появлении жалоб).
- При нарушении менструальной функции — исключение беременности и трансвагинальное УЗИ матки и ее придатков. Если ациклические кровянистые выделения сохраняются свыше трех циклов или появляются при дальнейшем приеме КОК, необходимо исключить следующие состояния:

- ошибку в приеме КОК (пропуск таблеток, несоблюдение схемы приема);
- беременность, в том числе ВБ;
- органические заболевания матки и придатков (миома, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия, полип шейки матки, рак шейки или тела матки);
- воспалительный процесс (вагинит, цервицит, ВЗОМТ).
- При отсутствии менструально-подобных кровотечений отмены — исключение приема КОК без 7-дневных перерывов, а также беременности. Если эти причины исключены, то наиболее вероятной причиной отсутствия кровотечений отмены является атрофия эндометрия, обусловленная влиянием прогестагена, что может быть обнаружено при УЗИ. Такое состояние носит название «немая менструация» или «псевдоаменорея». Оно ничем не опасно, может возникнуть на фоне любого КОК, обратимо, не связано с гормональными нарушениями и не требует отмены КОК.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Новейший КОК, содержащий эстетрол и дроспиренон — дроспиренон + эстетрол (Эстеретта).
♠
. Основные особенности чисто прогестиновых оральных контрацептивов (мини-пили) в том, что они не имеют побочных эффектов, связанных с приемом эстрогенов. Именно поэтому их могут применять женщины, которым противопоказаны КОК (например, страдающие мигренями, сердечно-сосудистыми заболеваниями с высоким риском венозной тромбоэмболии, АГ, курящие, кормящие ребенка грудью). Недостатки метода: скудные ациклические кровянистые выделения («кровомазания»), аменорея, прибавка массы тела. Препараты чисто прогестиновых оральных контрацептивов — левоноргестрел, линэстренол, дезогестрел (Лактинет).
Чисто прогестиновые контрацептивы♠
ВМК широко используется с середины прошлого столетия. Формы ВМК — «петля», «зонтик», «7», «Т», кольца, спирали. Материалы — медь, серебро, золото, пластмасса, платина. По составу известны инертные, медьсодержащие, гестагенсодержащие ВМК. Механизм действия ВМК следующий: торможение миграции сперматозоидов в маточную трубу, ускорение транспорта оплодотворенной яйцеклетки в матку, торможение процесса оплодотворения, лизис бластоцисты, препятствие имплантации вследствие асептического воспаления, локального увеличения образования простагландинов.
Преимущества при использовании ВМК — высокая эффективность (98–99% — для медь- и гормонсодержащих и 92% — для инертных ВМК), отсутствие побочного действия на обменные процессы (для медьсодержащих ВМК), всего одна процедура для введения, быстрое восстановление фертильности после извлечения ВМК.
Внутриматочные гормональные рилизинг-системы
В России зарегистрированы две внутриматочные гормональные левоноргестрел-рилизинг-системы: первая система представляет собой Т-образное внутриматочное средство с резервуаром, содержащим 52 мг левоноргестрела, высвобождающегося через мембрану в полость матки со скоростью 20 мкг/сут, и система, содержащая 19,5 мг левоноргестрела со скоростью высвобождения 12,6 мкг/сут (Кайлина ЛНГ). Срок действия систем — 6 лет для первой и 5 лет для второй (Кайлина ЛНГ). В основе механизма действия систем лежит подавление роста эндометрия, изменение физико-химических свойств цервикальной слизи и подавление подвижности сперматозоидов.
♠♠
Левоноргестрел уменьшает концентрацию простагландинов и сократительную активность матки, снижает возможность экспульсий системы и не усугубляет дисменорею.
Система, содержащая 52 мг левоноргестрела, отличается высокой эффективностью, удобством использования, минимальным системным влиянием, уменьшением длительности, объема и болезненности менструаций, что позволяет использовать ее как у здоровых женщин, так и у женщин с некоторыми видами экстрагенитальных и гинекологических заболеваний.
Система, содержащая 19,5 мг левоноргестрела (Кайлина ЛНГ), имеет единственное показание — контрацепция, немного меньше по размерам, чем левоноргестрел, подходит для использования как у рожавших, так и у нерожавших женщин, включая подростков.
В исследованиях реальной практики на фоне левоноргестрела (Кайлина ЛНГ) доказано уменьшение выраженности дисменореи, длительности и обильности менстурации при полной сохранности овуляции в течение периода применения.
♠♠
Барьерные методы контрацепции
Барьерные методы контрацепции классифицируют по половой принадлежности и характеру.
По половой принадлежности:

- «мужские» — презерватив;
- «женские» — диафрагма, шеечный колпачок, женский презерватив, спермицидные средства в различных формах (влагалищные таблетки, капсулы, свечи, пасты, пены).

По характеру:

- механические — мужской и женский презервативы, диафрагма, шеечный колпачок;
- химические — спермицидные средства, вводимые во влагалище в различных формах (влагалищные таблетки, капсулы, свечи, пасты, пены);
- сочетающие механические и химические составляющие: презервативы, импрегнированные спермицидами; влагалищные тампоны и губки, пропитанные спермицидной субстанцией.

В настоящее время их применение имеет большое значение в качестве средства профилактики ИППП. К преимуществам перед другими методами контрацепции относятся снижение риска ИППП, синдрома приобретенного иммунодефицита, РШМ, низкая стоимость и высокая степень безопасности.
Контрацептивная эффективность мужских презервативов зависит от образовательного уровня партнеров, их обученности правильному пользованию презервативами, возраста и степени заинтересованности в контрацепции. Частота беременностей составляет 5–10 случаев на 100 женщин в год. Латексные презервативы, не пропускающие воздух, воду и микроорганизмы, могут предотвращать распространение ИППП.
Натуральные методы планирования семьи
Натуральные методы контрацепции основаны на физиологических особенностях фертильной (когда может наступить беременность) и нефертильной (когда беременность крайне маловероятна) фаз менструального цикла, а также на лактационной аменорее и методе прерванного полового акта.
Информированность женщины о наиболее вероятном (а значит, и возможности наступления беременности) в ходе менструального цикла позволяет избежать непланируемую беременность.
времениовуляции

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

К ним относят периодическое половое воздержание (абстиненция) с определением так называемых опасных и безопасных дней цикла с помощью коммерческих , измерение базальной температуры. Календарный метод, характеристики шеечной слизи (метод Биллингса) следует считать устаревшими. К группе натуральных методов также относят метод лактационной аменореи и прерванное половое сношение. Эффективность этих методов наиболее низка.
тестов на овуляцию
Условия для использования физиологической контрацепции:

- регулярный менструальный цикл;
- отсутствие желания использовать другие методы контрацепции, в том числе по религиозным или этическим убеждениям;
- пары, имеющие к физиологической контрацепции стойкую мотивацию, готовые избегать половых сношений несколько дней в течение каждого цикла и умеющие определять (тесты) «опасные» дни, тщательно наблюдать, записывать и интерпретировать признаки фертильной фазы.

При наличии всех вышеперечисленных условий эти способы могут применять половые партнеры и в ситуациях, когда современные контрацептивные методы им недоступны.
является необратимым методом контрацепции. В ряде случаев фертильность может быть восстановлена путем микрохирургических операций.
Хирургическая стерилизация
В соответствии со ст. 57 «Медицинская стерилизация» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- медицинская стерилизация как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции возможна только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше 35 лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина независимо от возраста и наличия детей;
- по заявлению законного представителя совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, медицинская стерилизация возможна по решению суда, принимаемому с участием совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным;
- медицинские показания для медицинской стерилизации определяются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Хирургическую стерилизацию женщин осуществляют только при наличии определенных показаний (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18.03.2009 № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации»).
Хирургическая стерилизация женщин проводится в гинекологическом стационаре. Обследование и подготовка такие же, как при любом хирургическом вмешательстве. Хирургическая стерилизация мужчин — вазэктомия проводится в урологических стационарах.

Особое внимание уделяют таким методам регуляции рождаемости, как аборт (искусственный аборт, мини-аборт), и методам прерывания беременности в II триместре, их влиянию на репродуктивное здоровье женщины.
— искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода. Медицинский аборт производится в медицинском учреждении с информированного согласия женщины, с обязательным оформлением соответствующей медицинской документации.
Медицинскийаборт
Если при выполнении искусственного аборта нарушено хотя бы одно из требований, предъявляемых к медицинскому аборту, такое прерывание беременности считается (см. «Рекомендации по работе дневного стационара»).
криминальным
Различают (до 12 нед беременности) и (от 12 до 22 нед) медицинский аборт. Срок 12 нед беременности является пограничным в связи с тем, что именно в это время завершается формирование плаценты с образованием перегородок (септ) из децидуальных клеток, что усиливает связь плодного яйца со стенкой матки. Кроме того, до указанного срока невелики размеры эмбриона (плода), нет истончения стенок матки. Это снижает риск серьезной травматизации стенок матки костными отломками при одномоментном прерывании беременности.
раннийпоздний
Существует три группы , по которым выполняется медицинский аборт:
показаний

- желание женщины;
- немедицинские (социальные) показания;
- медицинские показания.

В России медицинский аборт выполняется при сроке беременности .
по желанию женщины **до 12 нед**
для прерывания беременности в России является беременность в результате изнасилования. В России прерывание беременности по социальным показаниям выполняется (постановление Правительства Российской Федерации от 11.08.2003 № 485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности»).
Немедицинскими (социальными) показаниямидо 22-недельного срока
для прерывания беременности при любом сроке являются все клинические ситуации, при которых пролонгирование беременности представляет серьезную угрозу жизни и здоровью женщины (см. главу I).
Медицинскимипоказаниями
. В РФ с целью прерывания беременности в I триместре разрешены методы:
Методы прерывания беременности

- медикаментозного прерывания (фармаборт): мифепристон + мизопростол;
- вакуум-аспирации.

() «» —
В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ ред. от 27.09.2013 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрена **неделя тишины** *время от обращения женщины до выполнения аборта для осознанного принятия решения женщиной.*

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Искусственное прерывание беременности осуществляют:

- не ранее 48 ч с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 11–12 нед, но не позднее окончания 12-й недели беременности;
- не ранее 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности до 10 нед.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Бесплодный брак
По определению ВОЗ, бесплодие — это болезнь репродуктивной системы, которая выражается в отсутствии клинической беременности после 12 мес и более регулярной половой жизни без контрацепции (от англ. infertility — бесплодие). Вмешательства по поводу бесплодия могут быть начаты и ранее 1 года, основываясь на данных медицинского, сексуального и репродуктивного анамнеза, возраста, данных физикального обследования и диагностических тестов (КР «Женское бесплодие», 2021).
Распространенность
По оценкам ВОЗ и ряда других источников, распространенность бесплодия среди супружеских пар репродуктивного возраста варьирует от 8 до 14%, достигая в глобальном масштабе в среднем 9%. В 2010 г. 48,5 млн пар страдали бесплодием, а по данным ВОЗ снижение сроков диагностики бесплодия с 5 до 2 лет ведет к увеличению общего числа бесплодных пар в 2,5 раза (до 121 млн). Уже в 2017 г. частота бесплодия варьировала от 72,4 до 80 млн человек. Согласно обновленным данным 2020 г., во всем мире более 186 млн человек страдают бесплодием, большинство из них — жители развивающихся стран.
Частота бесплодного брака в РФ составляет 17–24%. Показатель, равный 15%, является критическим. В этом случае проблема бесплодия приобретает государственное значение. Приблизительно 5 млн российских женщин репродуктивного возраста нуждаются в лечении бесплодия.
Различают и бесплодие, соотношение частоты которых в настоящее время приблизительно одинаково (табл. 5.13).
женскоемужское
Причины бесплодного брака
Таблица 5.13.
Мужской фактор Женский фактор
Эндокринные нарушения.

- Гипоталамическая дисфункция (дефицит ГнРГ, включая синдром Кальмана).
- Гипофизарная недостаточность (опухоль, облучение, хирургическое вмешательство).
- Гиперпролактинемия (лекарственная, опухоль).
- Влияние экзогенных андрогенов.
- Нарушение функций щитовидной железы.
- Неклассическая ВДКН.

Анатомические причины.

- Врожденное отсутствие .

vas deferens
- Обструкция .

vas deferens
- Врожденные аномалии выводящей системы.

Нарушение сперматогенеза.

- ХА.
- Орхит после паротита.
- Крипторхизм.
- Воздействие химических веществ или радиации.

Нарушение подвижности сперматозоидов.

- Отсутствие реснитчатого эпителия (синдром Картагенера).
- Варикоцеле.
- Наличие антител.

Сексуальная дисфункция.

- Ретроградная эякуляция.
- Импотенция.
- Снижение либидо

Овуляторные нарушения.
Центральные дефекты.

- Хроническая гиперандрогенная ановуляция.
- Гиперпролактинемия (лекарственная, опухоль, пустое турецкое седло).
- Гипоталамическая недостаточность.
- Гипофизарная недостаточность (травма, опухоль, врожденные нарушения).

Периферические нарушения.

- Дисгенезия гонад.
- Преждевременное истощение яичников.
- Опухоль яичников.
- Синдром резистентных яичников.

Метаболические нарушения.

- Заболевания щитовидной железы.
- Заболевания печени.
- Заболевания почек.
- Ожирение.
- Повышение секреции андрогенов (надпочечниковое или неопластическое).

Заболевания органов малого таза.
Инфекции.

- Аппендицит. ВЗОМТ.
- Внутриматочные синехии (синдром Ашермана).

Эндометриоз.
Структурные нарушения.

- Внутриутробное воздействие диэтилстильбэстрола.
- Аномалии физиологического сращения органов репродуктивного тракта
- Миома матки.

Шеечный фактор.
Врожденные нарушения.

- Внутриутробное воздействие диэтилстильбэстрола.
- Аномалии развития мюллеровых протоков.

Приобретенные нарушения.

- Хирургическое вмешательство.
- Инфекции

В МКБ-10 выделяют:

- N97. Женское бесплодие (включены: неспособность забеременеть, стерильность женская); (исключены: относительное бесплодие);
- N97.0. Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции;
- N97.1. Женское бесплодие трубного происхождения (связанное с врожденной аномалией маточных труб или трубной непроходимостью);
- N97.2. Женское бесплодие маточного происхождения (связанное с врожденной аномалией матки, дефектами имплантации яйцеклетки);
- N97.3. Женское бесплодие цервикального происхождения;
- N97.4. Женское бесплодие, связанное с мужскими факторами;
- N97.8. Другие формы женского бесплодия;
- N97.9. Женское бесплодие неуточненное;

:
Женские факторы бесплодия

- трубный фактор (проходимость и сократительная способность);
- перитонеальный фактор (перитубарные спайки, препятствующие транспорту гамет);
- эндокринный фактор (ановуляция вследствие нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции либо общих системных заболеваний);
- маточный фактор (патологические состояния эндометрия и пороки развития матки);
- шеечный фактор (анатомические или функциональные изменения шейки матки, препятствующие движению сперматозоидов либо приводящие к их гибели).

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Роль каждого фактора среди причин женского бесплодия различна:

- расстройства овуляции — 35–40%;
- трубно-перитонеальные — 20–40%;
- гинекологические заболевания — 15–25%;
- иммунологические причины — 2%.

Выделение этих групп не всегда может объяснить причины бесплодия, поэтому выделена группа больных с необъяснимым бесплодием (причину которого современными методами исследования установить не удается) — частота 10%.
. При обращении врач должен в максимально короткие сроки (3–4 мес) установить причину бесплодия и рекомендовать адекватную терапию. Для этого необходимо провести комплексное обследование супругов, включающее общеклинические и специальные методы исследования.
Принципы обследования бесплодных супружеских пар
Предисловие к рекомендациям по диагностике причин бесплодия содержит многозначительную фразу: — того, что может завести в тупик процесс обследования или потребует бóльших, чем нужно, материальных затрат». Лучше не скажешь, и для врача это, пожалуй, основное руководство к действию.
ВОЗ *«...не упускать ничего важного, но и не делать ничего лишнего*
Диагностический поиск для прояснения причины бесплодия конкретной семейной пары следует начать с трех доступных врачу ЖК ключевых методов:

- оценки функционального статуса репродуктивной системы женщины (главное — подтвердить овуляцию);
- оценки внутренней поверхности матки и проходимости маточных труб (ГСГ, соногистерография, гистероскопия);
- анализа фертильности мужа (спермограмма).

Диагностические критерии
:
Жалобы

- отсутствие беременности в браке в течение 1 года при условии регулярной половой жизни без контрацепции;
- гирсутизм, акне, себорея (признаки гиперандрогении);
- болевой синдром (дисменорея, диспареурения, постоянные боли внизу живота, усиливающиеся во время менструации) (признак эндометриоза);

- редкие, скудные менструации (признак дисфункции яичников).

:

Анамнез

- наличие в анамнезе острого воспаления придатков матки, операций на органах малого таза, ручного обследования полости матки в послеродовом периоде, медицинских абортов как причин трубного или маточного бесплодия;
- нерегулярные менструации или их отсутствие (эндокринное бесплодие);
- болезненные менструации, болезненный половой акт (диспареуния), постоянные боли внизу живота, усиливающиеся во время менструации (эндометриоз);
- обильные и длительные менструации (миома матки, аденомиоз, ГЭ).

:

Физикальноеобследование

- : ИМТ ≥30 кг/м свидетельствует об ожирении (овуляторная дисфункция), ИМТ <17,5 кг/м — о дефиците массы тела (гипофункция яичников);

определение ИМТ[22]

- : широкие плечи, гирсутизм, акне — признаки гиперандрогении (ановуляторное бесплодие);

оценкателосложения

- ;

оценка степени выраженности гирсутизма

- пальпация молочных желез с целью оценки степени развития молочных желез и раннего выявления заболеваний (КР «Женское бесплодие», 2021).

Инструментальные исследования: гистеросальпингография

- Трубное бесплодие:

- непроходимость маточных труб в интерстициальном или истмическом отделах труб (отсутствие визуализации маточных труб, визуализация маточных труб до истмического отдела);
- непроходимость маточных труб в ампулярном отделе (отсутствие визуализации маточных труб на всем протяжении, отсутствие излития контрастного вещества в брюшную полость);
- увеличение размеров маточных труб (сактосальпинксы).
- Маточное бесплодие:

- наличие законтурных теней — признак аденомиоза (внутреннего эндометриоза);
- утолщение и неравномерность слизистой оболочки матки — ГЭ;
- деформация полости матки (миоматозный узел или полип эндометрия);
- пороки развития матки (двурогая или седловидная матка).

С целью определения проходимости маточных труб необходима ГСГ; возможна контрастная эхогистеросальпингоскопия, имеющая для оценки состояния маточных труб равноценную клинико-экономическую эффективность (94%), хотя диагностика генитального туберкулеза возможна только при ГСГ. При подозрении на генитальный туберкулез по данным ГСГ необходимо направить пациентку на консультацию к врачу-фтизиатру.

: определение объема яичников, подсчет количества антральных фолликулов.

УЗИ органов малого таза (трансвагинальное)

Общепризнанный мировой стандарт оценки функционального овариального резерва состоит из трех компонентов:

- определение концентрации антимюллерова гормона в крови;
- подсчет количества антральных фолликулов при УЗИ;
- определение объема яичников.

Оценка овуляции — основная задача гинеколога при регулярном ритме менструаций.

Проводят следующие исследования.

- .

Измерение толщины эндометрия

- : увеличение или уменьшение размеров щитовидной железы возможно вследствие нарушения ее функции.

УЗИ щитовидной железы

- : наличие диффузной мастопатии вследствие дисфункции яичников.

УЗИ молочной железы

- : наличие синехий, полипов, субмукозного миоматозного узла, эндометриоидных гетеротопий при маточной форме бесплодия.

Гистероскопия

- или черепа и турецкого седла: микро- и макропролактиномы гипофиза или синдром «пустого» турецкого седла (эндокринное бесплодие).

КТМРТ

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Лабораторные исследования

- Гормоны сыворотки крови: ФСГ, эстрадиол, ЛГ, антимюллеров гормон, ТТГ, пролактин; пациентку с нарушением менструального цикла и/или признаками гирсутизма направлять на исследование уровня свободного тестостерона в крови на 3-й день менструального цикла.

. Уровень ФСГ ≥12 МЕ/л ассоциирован с высокой вероятностью «бедного» ответа яичников на стимуляцию и низкими шансами наступления беременности. Целесообразно одновременно исследовать уровень ФСГ и антимюллерова гормона. У женщин до 38 лет при оценке овариального резерва внимание следует обращать как на уровень антимюллерова гормона, так и на уровень ФСГ, у пациенток старше 38 лет более значимым показателем является базальная концентрация ФСГ.

Комментарий

Исследование уровня антимюллерова гормона способствует выявлению пациенток со сниженным овариальным резервом и направлению в службы ВРТ независимо от возраста. С целью уточнения причины бесплодия рекомендовано направлять пациентку на установление наличия овуляции путем исследования уровня прогестерона в крови через 5–7 дней после предполагаемой овуляции или за 5–7 дней до предполагаемой менструации либо путем использования мочевого теста на овуляцию, позволяющего исследовать уровень ЛГ в моче. Уровень прогестерона >10 нмоль/мл может подтверждать факт произошедшей овуляции. Коммерческие тесты идентифицируют пик ЛГ за 12 дней до овуляции и помогают определить период времени с максимальной вероятностью зачатия, соответствующий дню положительного теста и последующим 2 дням (КР «Женское бесплодие», 2021).

- С целью уточнения причины бесплодия рекомендовано направлять пациентку на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители ИППП () (КР «Женское бесплодие», 2021).

Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium

- Биохимический общетерапевтический анализ крови включает определение общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и глюкозы.
- Направлять пациентку на исследование системы гемостаза.
- Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазок с поверхности шейки матки и цервикального канала).

:

Не рекомендовано

- посткоитальный тест; данный тест основан на взаимодействии цервикальной слизи и спермы . Убедительные данные о связи его результатов с наступлением беременности отсутствуют;

in vivo

- определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу, ВПГ в крови;
- биопсия эндометрия (КР «Женское бесплодие», 2021).

Оценка параметров спермы обязательна в первую очередь в комплексном обследовании женщины при любом генезе бесплодия.
Ниже приводятся нормы показателей эякулята согласно рекомендациям ВОЗ 2010 г. (табл. 5.14).
Минимальные референсные значения показателей эякулята (5-й процентиль и 95% доверительный интервал)
Таблица 5.14.

	Показатель	**Минимальное референсное значение**
Объем эякулята, мл	1,5 (1,4–1,7)	
Общее количество сперматозоидов в эякуляте (10 на эякулят)		
6		
39 (33–46)		
Концентрация сперматозоидов (10 на мл)		
6		
15 (12–16)		
Общая подвижность (PR + NP, %)	40 (38–42)	
Прогрессивно подвижные (PR, %)	32 (31–34)	
Жизнеспособность (живые сперматозоиды, %)	58 (55–63)	
Морфология сперматозоидов (нормальные формы, %)	4 (3,0–4,0)	
Остальные показатели эякулята: pH	≥7,2	
Пероксидаза-положительные лейкоциты (10 на 1 мл)		
6		
<1,0		
MAR-тест (подвижные сперматозоиды со связанными шариками), %	<50	
Тест с иммунными шариками (подвижные сперматозоиды со связанными шариками), %	<50	
Содержание цинка в семенной плазме, мкмоль/эякулят	≥2,4	
Содержание фруктозы в семенной плазме, мкмоль/эякулят	≥13	
Содержание нейтральной глюкозидазы в семенной плазме, мЕд/эякулят	≥20	

.
Комментарии ВОЗ
А. Характеристики эякулята высоковариабельны как у одного мужчины, так и у разных пациентов и не служат единственным показателем фертильности супружеской пары, поэтому указанные диапазоны описывают только фертильный статус мужчины.
Б. Параметры эякулята, которые лежат в пределах 95% доверительного интервала, не гарантируют фертильность.
В. Показатели эякулята пациента следует интерпретировать только вместе с клиническими данными.
Принципы лечения бесплодия в браке
Лечение бесплодия требует индивидуального подхода с учетом конкретных особенностей каждой супружеской пары.
— раннее выявление причин и последовательное выполнение лечебных этапов.
Основной принцип лечения бесплодия

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Современные высокоэффективные методы лечения бесплодия: медикаментозные, эндоскопические, методы ВРТ. При этом ВРТ являются завершающим этапом лечения бесплодия или в определенных ситуациях альтернативой всем существующим методам.
Тактика терапии зависит от формы и длительности бесплодия, возраста, эффективности ранее применяемых методов лечения. При отсутствии положительного эффекта от проводимого традиционным способом лечения (не более чем в течение 2 лет, а у пациенток старше 35 лет — не более 1 года) целесообразно использование методов ВРТ.
Трубно-перитонеальное бесплодие
трубно-перитонеального бесплодия, включая противовоспалительную (при необходимости антибактериальную) терапию, медикаментозное противоспаечное лечение, физиотерапию, курортное лечение, гидротубации маточных труб, — . Единственный эффективный метод, позволяющий восстановить репродуктивную функцию при трубно-перитонеальном бесплодии, — . Эффективность зависит от степени выраженности спаечного процесса и составляет .
Консервативноелечениене перспективно *лапароскопическая микрохирургия***10–45%**
Лечение пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием складывается из нескольких этапов.
включает эндоскопическую диагностику степени выраженности и локализации спаечного процесса с одновременной хирургической коррекцией патологических изменений органов малого таза и оценкой состояния полости матки и эндометрия.
Первыйэтап
— раннее восстановительное лечение с 1–2 суток после хирургического вмешательства: антифиброзирующая терапия, физические факторы, эфферентные методы (озонотерапия, лазерное облучение крови). Продолжительность до 7 дней.
Второйэтап
— через 1 мес после операции с учетом клинических особенностей, степени выраженности спаечного процесса, состояния эндометрия, как правило, амбулаторно таким пациенткам показаны индукция овуляции, внутриматочная инсеминация (мужской фактор), назначение гестагенов, циклической гормонотерапии и т.д.
Третийэтап
Пациенткам с III степенью спаечного процесса на третьем этапе лечения рекомендованы повторные курсы физиотерапии. Рекомендуется возобновление половой жизни через 7–10 дней после лапароскопии. При отсутствии наступления спонтанной беременности в течение 6 мес после оперативного лечения пациенткам этой группы для реализации их генеративной функции необходимо .
рекомендовать использование методов ВРТ
При IV степени выраженности спаечного процесса, особенно у пациенток более старшего возраста, с длительным бесплодием, применение эндоскопических методов хирургии для восстановления .
генеративнойфункциималоперспективно
Этой группе пациенток показано ВРТ. Оперативное вмешательство в этих случаях должно преследовать цель подготовки к программе ЭКО, включая тубэктомию. Индукция суперовуляции, ЭКО ооцитов и перенос эмбрионов в полость матки возможны в следующий менструальный цикл.
Эндокринное бесплодие
— обеспечить процесс овуляции и наступление беременности. С этой целью применяют различные индукторы овуляции; лекарственные средства, и микронутриенты, схемы и дозы выбирают в зависимости от формы эндокринного бесплодия.
Цельлечения
.
Лечение состоит из трех этапов

- Подготовка к индукции овуляции. На этом этапе осуществляется коррекция эндокринных нарушений, подготовка эндометрия.
- Контролируемая индукция овуляции.
- Гормональная поддержка лютеиновой фазы индуцированного цикла.

1.
Стимуляция овуляции селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов.
Кломифен — активный нестероидный антагонист рецепторов эстрогенов, препарат I поколения, для стимуляции овуляции при ановуляции. Препарат можно назначать как монотерапию, так и в сочетании с гонадотропинами.
При отборе пациенток для применения кломифена рекомендуется принимать во внимание ИМТ, возраст пациентки. Кломифен назначается после УЗИ малого таза (для исключения кист яичников) по 50–100 мг в день (начиная с дозировки 50 мг/сут) в течение 5 дней начиная с 2–5-го дня спонтанного или индуцированного менструального цикла. Эффективность стимуляции овуляции достигает 70–80%, частота зачатия — 22% на цикл. Кумулятивная частота рождения живых детей в расчете на шесть циклов индукции овуляции составляет 50–60%. Повышенный индекс свободного тестостерона и ИМТ, наличие аменореи, увеличенный объем яичников являются предикторами неэффективного применения кломифена Рекомендуется использовать метформин у пациенток со СПКЯ и ановуляторным бесплодием, а также отсутствием других факторов бесплодия в качестве альтернативной схемы стимуляции овуляции и улучшения овуляторной функции как в монотерапии, так и в сочетании с кломифеном. Основной недостаток кломифена — подавление им роста эндометрия, что затрудняет процесс имплантации.

В связи с этим рекомендуется дополнять терапию назначением натуральных эстрогенов с 9-го по 14-й день менструального цикла [эстрадиол (Эстрожель) по 1–2 г под контролем УЗИ]. УЗ-мониторинг проводят с 9-го дня цикла через день, при этом осуществляют контроль за диаметром фолликула и толщиной эндометрия. При размере фолликула 18–20 мм часто проводят индукцию овуляции введением ХГЧ дозой 5000–10 000 МЕ. При толщине эндометрия меньше 8,5 мм добавляют эстрогенные препараты [эстрадиола валерат, эстрадиол (Эстрожель)]. Контроль овуляции по УЗИ проводят через 36–48 ч. Добавление к терапии метформина ведет к повышению чувствительности к индукции овуляции у кломифенрезистентных женщин со СПКЯ. Применение метформина в суточной дозе 1000–1500 мг в течение 3–6 мес на этапе прегравидарной подготовки эффективно восстанавливает утраченную чувствительность к кломифену у резистентных пациенток (КР «Синдром поликистозных яичников», 2021). При отсутствии эффекта от непрямых индукторов овуляции назначаются гонадотропины в качестве препаратов второй линии с целью лечения бесплодия, используют человеческий менопаузальный гонадотропин или рекомбинантный ФСГ.
♠♠

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

После подтверждения овуляции назначают поддержание II фазы препаратами прогестерона [дидрогестерон (Дюфастон), прогестерон (Утрожестан)]. При отсутствии эффекта дозу кломифена увеличивают на 50 мг в последующие циклы.
♠♠

Максимальная доза составляет 150 мг/сут, применять рекомендовано не более 4–6 мес.
2. .
Стимуляция овуляции мочевыми гонадотропинами
Вводят менотропины по 225–300 МЕ внутримышечно однократно в одно и то же время суток под УЗ-контролем диаметра фолликулов в яичниках. Стартовая доза зависит от степени выраженности гонадотропной недостаточности. Адекватность дозы оценивают по динамике роста фолликулов (в норме — 2 мм/сут). При медленном росте фолликулов дозу увеличивают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают. Введение менотропинов продолжают до образования зрелых фолликулов диаметром 18–20 мм. Затем вводят внутримышечно однократно 10 000 МЕ ХГЧ.
После констатации овуляции проводят поддержание лютеиновой фазы цикла:

- микронизированный прогестерон 200–300 мг в сутки интравагинально 10–12 сут или
- дидрогестерон по 10–20 мг с 14-го по 25-й день менструального цикла.

При неэффективности первого курса возможны повторные курсы индукции овуляции при отсутствии кист в яичниках.
3. .
Стимуляция овуляции рекомбинантными гонадотропинами
Стимуляцию проводят так же, как и мочевыми гонадотропинами:

- фоллитропин бета по 300 МЕ + лутропин альфа по 150 МЕ/сут или
- фоллитропин альфа по 300 МЕ + лутропин альфа по 150 МЕ/сут ежедневно под контролем УЗИ.

После достижения лидирующего фолликула размером 18–20 мм вводят ХГЧ в дозе 10 000 МЕ.
Рекомендовано комплексное назначение микронутриентов в качестве дополнительной поддержки восстановления фертильности у женщин с СПКЯ, таких как мио-инозитол, фолиевая кислота, витамин D, пиколинат хрома и галлат эпигаллокатехина (комплекс).
3**Витажиналь® Инозит**
Хирургический метод лечения ановуляторного бесплодия при СПКЯ относится к терапии второй линии. Целесообразен лапароскопический дриллинг яичников. Методика заключается в создании искусственных отверстий в утолщенной капсуле яичников от 4 до 6. Большее количество «насечек» на яичнике может привести к преждевременному истощению яичников. Постоянные дискуссии о преимуществе и недостатках тех или иных методов лечения ановуляции у пациенток со СПКЯ показали, что лапароскопический дриллинг имеет ту же эффективность, что и использование кломифена.
Следующим этапом лечения бесплодия у пациенток со СПКЯ являются ВРТ. Показанием к ВРТ служит отсутствие беременности в течение 6 мес. При наличии у пациентки со СПКЯ мужского фактора бесплодия ВРТ используется в качестве безальтернативного метода лечения.
*Эндометриоз как причина бесплодия*Бесплодие и эндометриоз. Версии и контраверсии / под ред. В.Е. Радзинского, М.Р. Оразова. М.: StatusPraesens, 2019. 208 с.
Патоогенез бесплодия при эндометриозе, как полагают, связан с нарушением нормального процесса овуляции (синдром неовулировавшего фолликула), что, в свою очередь, снижает вероятность наступления беременности.
Кроме того, аутоиммунные процессы и спайки в области маточных труб и яичников при эндометриозе способны снижать фертильность.
Лечение наружного генитального эндометриоза относят к одной из сложных и нерешенных проблем.
Лапароскопическая абляция эндометриоидных очагов в комбинации с адгезиолизисом — эффективный метод лечения инфертильности при I–II стадии наружного генитального эндометриоза (уровень доказательности Ia).
У бесплодных женщин с эндометриомой нужно выполнять иссечение капсулы эндометриомы вместо дренажа и электрокоагуляции, чтобы увеличить шансы на спонтанную беременность (IIA).
Противоречивы данные об эффективности хирургического лечения среднетяжелых и тяжелых форм эндометриоза с целью улучшения фертильности (IIIB).
Лапароскопическая эксцизия при эндометриомах предпочтительнее дренирования и коагуляции (Ia).
До ВРТ рекомендовано хирургическое иссечение овариальных эндометриом диаметром более 5 см (III).
Не существует рандомизированных клинических исследований, сравнивающих хирургическое лечение с медикаментозным или выжидательной тактикой при умеренном/тяжелом эндометриозе (A).
Эндометриоз является одной из самых распространенных причин бесплодия. Целый каскад неблагоприятных реакций, вызванных эндометриозом, препятствует успешному наступлению беременности и ассоциирован с высоким риском развития акушерских осложнений, таких как самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, преэклампсия, низкая масса тела новорожденных и гестационный сахарный диабет.
Бесплодным женщинам с эндометриозом для коррекции НЛФ показана терапия дидрогестероном по 10–20 мг в день с 14-го по 25-й день цикла.
В недавнем проспективном исследовании оценивали эффективность комбинированного лечения (сочетание оперативного лечения с последующей гормональной терапией) эндометриоз-ассоциированного бесплодия. После операции пациентки принимали дидрогестерон по 10–20 мг/сут с 14-го по 25-й день менструального цикла в течение 6 мес. Результаты собственных исследований показали большую эффективность комбинированного лечения эндометриоз-ассоциированного бесплодия по сравнению с одноэтапным хирургическим лечением. Частота наступления беременности через 6 мес после операции в группе хирургического лечения составила 23,5%, а у женщин, получавших дидрогестерон — 37,1%. Через 12 мес наблюдения в группе комбинированной терапии частота наступления беременности была в 1,5 раза выше по сравнению с монохирургическим лечением (= 0,004).
*p*Orazov M.R., Radzinsky V.Y., Khamoshina M.B. et al. The efficacy of combined management of endometriosis-associated infertility // International Journal of Pharmaceutical Research. 2019. Vol. 11. N. 3. P. 1001–1006.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Стоит отметить, что дидрогестерон, по-видимому, способствует повышению шансов на наступление беременности при эндометриозе, доказано снижает риск угрожающего и привычного выкидыша при беременности, а также эффективен для поддержки лютеиновой фазы в программах ЭКО.
В 2023 г. были обновленны рекомендации международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) по применению гестагенов для предотвращения привычного выкидыша в первом триместре беременности.
Эксперты подтверждают положительный эффект при применении перорального гестагена (дидрогестерона) при привычном выкидыше, а также отмечают отсутствие четких доказательств проблем с безопасностью или аномалиями развития плода при применении перорального гестагена (дидрогестерона) и вагинального прогестерона во время беременности.
При эндометриоз-ассоциированном бесплодии перспективно криоконсервация ооцитов/эмбрионов.
Маточный фактор бесплодия
— орган-мишень репродуктивной системы, обладающий высокой чувствительностью к половым стероидным гормонам ввиду наличия большого количества специфических рецепторов. Любой патологический процесс, нарушающий анатомо-функциональное состояние матки, может способствовать формированию бесплодия. Приобретенные поражения матки в подавляющем большинстве случаев не являются

самостоятельными причинами женского бесплодия и возникают как следствие перенесенных ВЗОМТ, изменений гормонального гомеостаза, а также врачебных манипуляций и операций на этом органе.

Матка

К приобретенным изменениям относят:

- миому матки (деформация полости матки);
- хронический эндометрит;
- полипы и ГЭ;
- внутриматочные синехии (сращения);
- инородные тела в полости матки.

В основе патогенеза бесплодия при поражении органа-мишени (матки) лежит нарушение процесса имплантации эмбриона на стадии бластоцисты, происходящего в середине лютеиновой фазы (19–24-й день) менструального цикла. Авторы выделяют несколько основных вариантов эндометриальной дисфункции, различающихся по патогенезу и морфологическим проявлениям (Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Михалева Л.М., 2023):

- ассоциированная с хроническим эндометритом;
- ассоциированная с хроническим эндометритом (RIF);

HERIF (recurrent implantation failure) — повторные неудачи имплантации.

- ассоциированная с нарушением ангиоархитектоники эндометрия (гипоплазия эндометрия);
- ассоциированная с пролиферативно-воспалительными изменениями.

Лечение бесплодия при хроническом эндометрите

- Первый этап должен быть направлен на подтверждение маточной формы бесплодия [пайпель-биопсия и определение возбудителей (ПЦР-количественные методики)]. Лечение направлено на элиминацию повреждающего агента или, в случае вирусной инвазии, — снижение его активности. С этой целью используют антимикробные лекарственные средства и иммуномодуляторы. Выбор лекарственных средств и методика их применения зависят от результатов микробиологического исследования, переносимости лекарственных средств, а также сопутствующей гинекологической и соматической заболеваемости. Применяют препараты:

- антимикробные;
- иммуномодулирующие;
- противовоспалительные.
- Второй (восстановительный) этап лечения направлен на восстановление морфофункционального потенциала эндометрия и устранение последствий вторичных повреждений: коррекцию метаболических нарушений и последствий ацидоза, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия.

С 5–7-го дня очередного менструального цикла проводят :

физиотерапию

- электроимпульсную терапию курсом 10 процедур или
- интерференц-терапию курсом 30 процедур;
- грязелечение природными источниками, аппликации на «трусиковую» зону в течение 10–14 дней (оказывает позитивное влияние).

купирование клинических симптомов заболевания, восстановление эхографической картины эндометрия, элиминация или снижение активности инфекционного агента, восстановление морфологической структуры ткани.

Критерии эффективности терапии —

Лечение внутриматочных синехий

Гистероскопический адгезиолизис производят на 7–8-й день менструального цикла.

В течение многих лет в целях лечения синдрома Ашермана после гистероскопического адгезиолизиса применяли метрейриз или введение ВМК. Методы устарели, и их применение нецелесообразно. Современный подход — введение во время гистероскопии сразу после рассечения синехий в полость матки противоспаечных барьеров **(** *геля***)** *на основе гиалуроновой кислоты.*

В целях лечения синдрома Ашермана со следующего дня после гистероскопического адгезиолиза назначаются препараты натуральных эстрогенов [эстрадиол (Эстрожель)] по 1–2 г/сут накожно и прогестагеновые препараты: дидрогестерон с 14-го по 25-й день менструального цикла, микронизированный прогестерон с 16-го по 25-й день. Гормонотерапия, описанная выше, в течение 3 мес позволяет не допустить образования новых спаек в полости матки, а также подготовить эндометрий к имплантации. Половая жизнь с использованием барьерной контрацепции рекомендуется через 7–10 дней после гистерорезектоскопии. Беременность возможно планировать через 1 мес после гистероскопии. Отсутствие беременности в течение 6 мес является показанием к ВРТ.

♠

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Менопауза и климактерическое состояние у женщин

Постарение населения в XXI в. представляет собой глобальную проблему. По данным официальной статистики (Росстат, 2019), средний возраст россиянок в 2018 г. достиг 42,14 года, а женщины старше 50 лет составляли более трети всего населения (39,6%).

(от греч. — ступень лестницы, переход) — физиологический период жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений организма доминируют инволютивные процессы в репродуктивной системе. В климактерии у женщин наступает — последняя менструация в жизни (табл. 5.15), которая отражает окончательное прекращение менструальных циклов вследствие потери фолликулярной активности яичников. Менопаузу определяют ретроспективно спустя 12 мес аменореи, в среднем она наступает в –). Именно заместительная циклическая .

Климактерий*klimakter***менопауза5051 годна этот возраст следует ориентироваться в клинических ситуациях, когда пациентке требуется гормонотерапия «до возраста естественной менопаузы»**

Шкала STRAW+10 (периоды жизни и этапы репродуктивного старения женщины)

Таблица 5.15.

Менархе последняя менструация в жизни

Стадия	–V	–IV	–IIIb	–IIIa	–II	–I	+Ia	+Ib	+Ic	+II
Терминология										

Репродуктивный период

Переходный период

Постменопауза

Ранний	Расцвет	Поздний	Ранний	Поздний	Ранний	Поздний

Перименопауза

Продолжительность

Различная

Различная

1–3 года	2 года (1+1)	3–6 лет

Остальной период жизни

Основные критерии

Менструальный цикл	Различный или регулярный характер	Регулярный	Регулярный	Незначительные изменения по обильности/ продолжительности	Различная продолжительность, стабильные (от 7 дней и выше) колебания по продолжительности последовательных циклов	Продолжительность аменореи от 60 дней и более		

Подтверждающие критерии

Эндокринные

ФСГ			Низкий	Различный	↑ Различный	↑ >25 МЕ/л	Различный	Стабильный	
Антимюллеров гормон			Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Очень низкий	
Ингибин В				Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Очень низкий	

Число антральных фолликулов

	Низкое	Низкое	Низкое	Низкое	Очень низкое	Очень низкое

Описательные характеристики

Симптомы					Вазомоторные симптомы

Вероятно

Вазомоторные симптомы

Весьма вероятно

	Симптомы атрофии мочеполового тракта

Усугубление

Менопауза может быть (самопроизвольной) и (хирургической либо вследствие воздействия химиотерапии или лучевой терапии).
В клинической практике и в инструкциях к препаратам для МГТ широко используют устойчивый термин . Гистерэктомия без придатков не является хирургической менопаузой.
естественной искусственной «хирургическая менопауза», который относится к менопаузе в результате овариоэктомии или гистерэктомии с овариоэктомией
Менопаузу также подразделяют на (до 40 лет), (40–44 года), (45–55 лет) и (старше 55 лет). Стойкое самопроизвольное прекращение менструаций в результате недостаточности или истощения яичников у женщин до 40 лет не может считаться менопаузой, а называется ПНЯ.
преждевременную раннюю своевременную позднюю
Этого требует концепция — периода, объединяющего менопаузальный переход и раннюю постменопаузу. Начало МГТ в этот период способствует снижению на 20–50% риска развития в дальнейшем ишемической болезни сердца, постменопаузального ОП и старческой деменции.
Определение периода жизни (этапа репродуктивного старения) служит критерием качества оказания помощи пациентке в пери- и постменопаузе и является первым шагом врача при постановке диагноза. *окна терапевтических возможностей*

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

условно начинается в 40 лет, варьирует индивидуально и длится до наступления менопаузы. Клинически (см. табл. 5.15) он манифестирует появлением колебаний длительности менструального цикла (чаще — укорочение циклов) и задержками менструации от нескольких дней до нескольких месяцев . Пока продолжительность аменореи не превышает 12 мес, женщина продолжает находиться в , и физиологически оправдано поддержание регулярного менструального цикла (гестаген в II фазу) либо назначение КОК по показанию : КОК с эстрадиолом [диеногест + эстрадиола валерат (Клайра)], номегэстрол + эстрадиол, препараты для МГТ в циклическом режиме при отсутствии менструации не менее 6 мес [например дидрогестерон + эстрадиол и эстрадиол [набор] (Фемостон 1) и дидрогестерон + эстрадиол и эстрадиол [набор] (Ф-емостон 2)].
Период менопаузального перехода (*ранний переходный период***)(** *поздний переходный период***)***периоде менопаузального перехода***контрацепция♠♠♠**
В этот период уже могут появиться и прямые показания для МГТ (купирование симптомов дефицита эстрогенов).
захватывает период менопаузального перехода и 1 год собственно менопаузы. Соответственно, в перименопаузе при коррекции климактерических расстройств также сохраняется необходимость поддержания регулярного цикла.
ПерименопаузаВ старых руководствах границей перименопаузы определяли 2 года после последней менструации, теперь 2-й год относят уже к ранней постменопаузе.
 — период от менопаузы до конца жизни женщины. В постменопаузе сохранение цикла нефизиологично, поэтому МГТ при ее необходимости используют только в непрерывном режиме. Выделяют (первые 5–8 лет после менопаузы) и , которая перетекает в . следует рассматривать как диагноз (код в МКБ-10 — R54).
Постменопауза *раннюю позднюю постменопаузу старостьСтарость, старческую астению*
Период менопаузы характеризуется постепенным снижением, а затем и «выключением» функции яичников. Развившееся в результате этого состояние гипергонадотропного гипогонадизма характеризуется изменением функции лимбической системы, нарушением секреции нейрогормонов, развитием инволютивных и атрофических процессов в репродуктивных и нерепродуктивных органах-мишенях.
Несмотря на универсальность эндокринных сдвигов в ходе репродуктивного старения, у разных женщин отдельные стадии этого процесса могут отличаться по своей продолжительности и сопровождаться различными специфическими симптомами (вазомоторными, психоэмоциональными, вагинальными, сексуальными и др.) и системными нарушениями: потерей костной массы, формированием неблагоприятного профиля сердечно-сосудистого риска вследствие развития висцерального ожирения, дислипидемии, эндотелиальной дисфункции, нарушения толерантности к глюкозе и др.
Большинство симптомов менопаузы непосредственно связаны с дефицитом эстрогенов как основных гормонов, вырабатываемых в фолликулах яичников. Наиболее частыми и ранними проявлениями менопаузы являются не только вазомоторные симптомы: приливы жара и гипергидроз, ознобы, а и утренняя депрессия, сухость слизистых влагалища. В настоящее время вазомоторные симптомы рассматриваются как часть единого патофизиологического процесса нейроэндокринной и сосудистой дисрегуляции в период климактерия. Возникновение вазомоторных симптомов в условиях эстрогенного дефицита связано с центральными механизмами при участии гипоталамических KNDy-нейронов, продуцирующих нейропептиды кисспептин, нейрокинин, динорфин, норадренергической и серотонинергической систем, влияющих на терморегуляторные процессы в организме.
Недостаток эстрогенов приводит к существенным изменениям костного метаболизма с преобладанием костной резорбции над процессами ее формирования. Уменьшение с возрастом абсорбции кальция в кишечнике, дефицит витамина D и нарушение образования в почках активного 1,25-дигидроксивитамина D способствует развитию вторичного гиперпаратиреоза, что также усиливает костную резорбцию. Все эти изменения приводят к снижению прочности костной ткани, переломам при минимальной нагрузке на скелет (низкоэнергетические переломы).

3

Все структуры мочеполового тракта являются эстрогензависимыми, поэтому в ответ на снижение уровня половых стероидов в слизистой влагалища, вульвы, мочевого тракта, соединительной ткани и мышцах малого таза развиваются ишемия и атрофические изменения. Вследствие этого развиваются симптомы сухости, зуда, дискомфортных и иногда болезненных ощущений во влагалище, происходит резкое ощелачивание влагалищной среды, могут возникать дисбиотические процессы в мочеполовом тракте и различные нарушения мочеиспускания, формирующие генитоуринарный менопаузальный синдром (КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021).
При выявлении жалоб и сборе анамнеза прежде всего необходимо уточнить наличие и, типичных для климактерия. К ним относят [приливы, повышенная потливость (чаще ночная), лабильность АД и пульса], (депрессия, раздражительность, возбудимость, расстройства сна, слабость, утомляемость, снижение памяти и концентрации внимания), и (зуд, жжение, снижение увлажненности или сухость во влагалище, диспареуния, стрессовое недержание мочи, дизурия), симптомы (боли в мышцах и суставах, уменьшение мышечной и общей массы тела), а также патологическую прибавку массы тела, связанную во времени с нарушением регулярности менструаций либо их прекращением.
симптомов нарушений вазомоторные психоэмоциональные урогенитальные сексуальные скелетно-мышечные
Для определения тяжести менопаузальных симптомов можно пользоваться специальными шкалами (индекс Купермана, шкала Грина). Исследования последних лет показали, что симптомов климактерия очень много и нет смысла вести подсчет приливов для оценки тяжести состояния больной. Гораздо проще такой подход: для клинической диагностики климактерического синдрома важно не какие симптомы и сколько их у пациентки, а насколько из-за них страдает ее качество жизни. Например, основная жалоба пациентки — нарушения сна, усталость, сонливость и раздражительность днем, но при этом она считает, что у нее нет приливов жара. Как врачу в такой ситуации оценить степень тяжести климактерического синдрома? Клинически он, очевидно, тяжелый, по шкалам — легкий или средней тяжести. Здесь главное — оценить общее качество жизни. У пациентки может быть один-два прилива в день или ночью, но именно из-за них она и будет страдать.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Вазомоторные и психоэмоциональные расстройства традиционно определяют как — термин, используемый при постановке клинического диагноза. Эти нарушения отражают дисфункцию гипоталамических структур и лимбической системы вследствие утраты обратной связи «угасающих» яичников с центральной нервной системой, обусловленную снижением выработки в них эстрадиола. При дальнейшем

прогрессировании эстрогенного дефицита изменения в тканях центральной нервной системы проявляются и реализуются в виде дегенеративно-дистрофических расстройств, вплоть до .
климактерический синдромкогнитивныминарушениями старческойдеменции
Диагностически значимый вазомоторный симптом — (резкий приток тепла к лицу и к верхней половине тела, который может сопровождаться покраснением кожи, кратковременным подъемом центральной температуры тела, испариной, потоотделением и заканчиваться ознобом). В основе патогенеза приливов лежит активация симпатического звена вегетативной нервной системы. Крайне редко приливы могут развиваться на фоне перевозбуждения парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, при этом наблюдаются резкая бледность, холодный пот, ощущение остановки сердца, «ватные ноги». Приливы могут протекать по типу (климактерического синдрома) или носить циклический характер (в перименопаузе).
приливы жара панических атак кризовая форма трансформированныйпредменструальныйсиндром
Наиболее типичная жалоба пациенток с нарушениями сна — частые пробуждения (фрагментация сна). К другим проявлениям относятся бессонница, трудности засыпания и ранние пробуждения. Нередко нарушения сна сочетаются с вазомоторными симптомами (являясь по отношению к ним первичными или вторичными), а также с повышенной тревожностью, лабильностью настроения.
Эти же процессы имеют отношение к нарушениям когнитивной функции (как правило, снижение концентрации внимания и памяти), которые в большей степени наблюдаются у пациенток в период перименопаузы, однако связи когнитивных нарушений и дефицита эстрогенов носят более сложный характер (КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021).
Симптомокомплекс, связанный с инволютивными изменениями в наружных половых органах, промежности, влагалище, уретре и мочевом пузыре, ассоциированный со снижением эстрогенов и других половых стероидов, в настоящее время объединяют в понятие . Часто этот термин используют как синоним , однако он намного шире и включает в себя сексуальные и уродинамические расстройства ( ), а также частично изменения, касающиеся развития .
«генитоуринарный синдром»урогенитальнойатрофиинедержаниемочигенитальногопролапса
Миалгии, артралгии, потеря эластичности кожи и связок, снижение гибкости, уменьшение роста и мышечной массы отражают изменения в костно-мышечной системе, в основе которых лежат нарушения обмена коллагена и ускорение потери костной массы (остеопения) с последующим повышением риска переломов как проявления . ОП определяют как системное заболевание скелета с нарушением архитектоники костной ткани и прогрессивным уменьшением МПКТ, которое приводит к снижению прочности костей и повышению риска переломов при отсутствии травмы (патологические, низкоэнергетические переломы).
постменопаузального ОП
Компенсаторно-приспособительной реакцией на падение сывороточных концентраций эстрадиола в климактерии, в том числе направленной на торможение скорости потери МПКТ, является за счет жировой ткани, которая становится источником внегонадного синтеза эстрона. У пациенток в перименопаузе или ранней постменопаузе она может быть резко выражена (+ 5–10 кг и более за 6–12 мес или менее того) и послужить предпосылкой для раннего развития (выделяют даже отдельную его форму —) и более тяжелого течения ассоциированных со старением заболеваний, таких как атеросклероз, АГ, ишемическая болезнь сердца, ожирение и СД. Ожирение и метаболический синдром в постменопаузе ассоциированы с увеличением риска пролиферативных и онкологических заболеваний органов репродуктивной системы (гиперплазия и РЭ), ДДМЖ, РМЖ.
прибавка массы тела метаболического синдрома менопаузальный метаболический синдром
При первой встрече с пациенткой уточняют ее личный и семейный анамнез, определяют тип, длительность и стадию менопаузального перехода или постменопаузы. На этапе постановки диагноза использовать терминологию и систему критериев STRAW+10 для определения стадии репродуктивного старения (КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021).
При объективном обследовании на каждом визите следует оценивать (сантиметровая лента охватывает самое узкое место фигуры, а ее концы сводятся в области пупка) как ключевой фактор висцерального ожирения (норма для женщин —) и один из диагностических критериев метаболического синдрома. Обязательным требованием является , и вычисление пациентки, а также измерение и фиксация в медицинской документации на каждом приеме.
*окружностьталии***менее 80 см***определениемассы теларостаИМТуровня АД*
Неотъемлемый компонент объективного исследования пациентки — .
осмотр и пальпация молочных желез
Популярное среди врачей и пациенток гормональное обследование не должно быть огульным: на 2–4-й день менструального цикла имеет диагностическую ценность в случае неясного менопаузального статуса и в любой ситуации более показателен, чем . позволяет выявить признаки возрастных изменений яичников: уменьшение их объема и числа антральных фолликулов. необходимо исследовать у женщин в возрасте до 40 лет при подозрении на ПНЯ, — у всех женщин старше 40 лет в рамках ежегодного скрининга на гипотиреоз и у всех пациенток с приливами (дифференцировать с заболеваниями щитовидной железы). Определение показано в целях исключения гиперпролактинемии как причины нарушений менструального цикла.
уровень ФСГ в крови уровень эстрадиола в кровиТрансвагинальное УЗИ органов малого тазаУровень антимюллерова гормона в крови уровень ТТГ в кровиуровня пролактина в крови

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

При наличии проявлений генитоуринарного синдрома для подтверждения диагноза «атрофический вагинит» достаточно осмотра (признаки атрофии эпителия) и (). В случае недержания мочи и других нарушений мочеиспускания пациентку следует направить на (КР «Недержание мочи», 2020).
измерения pH влагалищного содержимого соотвествует щелочной реакциикомплексное уродинамическое исследование
При наличии жалоб и клинических признаков генитоуринарного менопаузального синдрома необходимо молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на микроорганизмы-маркеры БВ или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы для оценки микробиоты влагалища (КР «менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021).
Рекомендуется всем пациенткам проводить цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (ПАП-тест) и определение ДНК ВПЧ () высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР, количественное исследование для скрининга поражений шейки матки.
Papilloma virus
Пациенткам в 30–65 лет — ко-тестирование (цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и определение ДНК ВПЧ () высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР):
Papilloma virus

- 1 раз в 5 лет у ВПЧ-негативных женщин цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (ПАП-тест) < ASCUS;
- 1 раз в 3 года у ВПЧ-негативных женщин цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (ПАП-тест) = ASCUS;
- ежегодно у ВПЧ-позитивных женщин цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (ПАП-тест) < ASCUS.

КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021.
Всем женщинам старше 50 лет необходима оценка их (ВОЗ). Исследование проводят с использованием онлайн-калькулятора, результаты должны быть распечатаны и зафиксированы в медицинской документации, поскольку при высоком риске переломов они могут стать основанием для постановки диагноза , который требует медикаментозного лечения. Денситометрия с целью оценки МПКТ проводится строго по показаниям!
индивидуальной 10-летней вероятности переломов по шкале FRAX«вероятностный ОП»
Наличие переломов в анамнезе и/или факторов риска ОП требуют направления пациентки на и исключения недостаточности витамина D (). Денситометрия позволяет выявить в исследованных зонах остеопению или подтвердить ОП. — отдельное коморбидное патологическое состояние, фактор риска постменопаузального и сенильного ОП, а у пациенток пожилого и старческого возраста — еще и фактор риска падений, повышающий вероятность переломов. Практически значимо в среднем возрасте, что дефицит витамина D — фактор риска пролиферативных и онкологических заболеваний, включая РМЖ, а также патогенетически важный компонент хронического болевого синдрома любого генеза. Уточнение D-статуса позволяет восполнить нутритивную недостаточность холекальциферола (целевые значения — середина лабораторной нормы) и оценить необходимость терапии ОП его активными формами (альфакальцидол), особенно у пациенток пожилого и старческого возраста.
*денситометрию поясничного отдела позвоночника и шейки бедра определение сывороточного уровня 25-OH-витамина D***Дефицит витамина D**
При наличии низкоэнергетических переломов в анамнезе/факторов риска ОП рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с целью оценки МПК.
Для оценки МПК используются критерии ВОЗ по интерпретации результатов двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии у женщин:

- норма — показатели Т-критерия от +2,5 до –1 стандартных отклонений от пиковой костной массы;
- остеопения — показатели Т-критерия от –1 до –2,5 стандартных отклонений;

- ОП — показатели Т-критерия –2,5 стандартных отклонений и ниже;
- тяжелый ОП — показатели Т-критерия –2,5 стандартных отклонений и ниже с наличием в анамнезе одного и более переломов.

Рекомендуется всем женщинам с диагнозом ПНЯ базовая рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с целью оценки МПК.
Женщины с диагнозом ПНЯ имеют как общеизвестные факторы риска развития ОП, так и специфические (такие как выключение функции яичников до накопления пиковой костной массы, отсутствие лечения более 1 года из-за задержки постановки диагноза, неадекватная терапия и несоблюдение рекомендаций). Предлагается интерпретировать результаты двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии у женщин с ПНЯ:

- МПК в пределах возрастной нормы показатели Z-критерия > –2 стандартных отклонений;
- низкая МПК — показатели Z-критерия < –2 стандартных отклонений;
- ОП — показатели Т-критерия < –2,5 стандартных отклонений и ниже и/или наличие низкоэнергетического перелома (особенно вертебрального) (КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021).

Рекомендуется всем пациенткам УЗ-исследование органов малого таза.
Рекомендуется рентгеновская маммография в двух проекциях у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года; УЗИ по показаниям.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Рентгеновская маммография и УЗИ молочных желез не альтернативные, а взаимодополняющие методики, использующиеся в диагностическом алгоритме заболеваний молочных желез.
УЗИ молочных желез — основной скрининговый метод для женщин до 40 лет, а также широко используется в качестве дополнительного метода уточняющей диагностики у женщин после 40 лет.
Для адекватной трактовки результатов инструментальной диагностики, в том числе на этапе принятия решения о назначении МГТ, для правильной маршрутизации пациенток проводится оценка молочных желез по классификации ACR и шкале BI-RADS (КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021).
Рекомендуется комплексное обследование перед назначением МГТ для выявления противопоказаний и/или риска возможных нежелательных явлений, которое включает:

- УЗИ органов малого таза;
- при толщине эндометрия до 4 мм у женщин в пери- и постменопаузе МГТ не противопоказана; ≥5 мм — в фазе менопаузального перехода назначаются прогестагены в течение 12–14 дней и проводится контрольное УЗИ органов малого таза на 5–7-й день менструальноподобного кровотечения или на фоне его отсутствия через 7 дней после окончания приема гестагенов; >5 мм в постменопаузе — рекомендовано проводить гистероскопию и раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала для уточнения состояния эндометрия;
- обследование молочных желез: визуальный осмотр, пальпация, рентгеновская маммография в двух проекциях, УЗИ молочных желез;
- измерение АД;
- общий (клинический) анализ крови;
- анализ крови биохимический общетерапевтический (уровень глюкозы/HbA1c в крови натощак; общий белок; билирубин, креатинин) и анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (уровень общего холестерина крови, липопротеины низкой плотности-ХС, липопротеины высокой плотности-ХС, триглицериды);
- пероральный 2-часовой глюкозотолерантный тест как надежный индикатор нарушения толерантности к глюкозе при подозрении на наличие метаболического синдрома или нарушений углеводного обмена (НГТ, СД 2-го типа);
- цитологическое исследование микропрепарата шейки матки — ПАП-тест;
- оценку риска ВТЭО.

Для оценки риска и определения необходимости профилактики венозной тромбоэмболии следует использовать шкалу Падуа. О высоком риске и необходимости профилактики венозной тромбоэмболии свидетельствует сумма баллов от 4 и более. В этом случае требуется консультация смежных специалистов, а назначение МГТ нецелесообразно (табл. 5.16).
Шкала оценки риска венозных тромбоэмболических осложнений у нехирургических больных (шкала Падуа)
Таблица 5.16.

	Фактор риска	**Баллы**
Активный рак (локальные или отдаленные метастазы и/или получающие химио- или радиотерапию в предшествующие 6 мес)	3	
ВТЭ в анамнезе (кроме тромбофлебитов подкожных вен)	3	
Ограничение подвижности (не менее 3 дней)	3	
Тромбофилия (дефицит антитромбина, протеинов С, S, мутация в гене фактора Лейдена, протромбина G20210A, антифосфолипидный синдром)	3	
Недавняя травма и/или операция (за последний месяц)	2	
Пожилой возраст (≥70 лет)	1	
Сердечная или дыхательная недостаточность	1	
ОИМ или ишемический инсульт	1	
Острая инфекция и/или ревматическое заболевание	1	
Ожирение (ИМТ ≥30 кг/м)		
2		
1		
Продолжающаяся терапия половыми гормонами	1	

Проводится оценка имеющихся факторов риска и подсчет суммы баллов (0–3 балла — низкий риск, ≥4 баллов — высокий риск развития ВТЭО).
врача амбулаторного звена , включающая достаточный уровень физической активности (самая простая и доступная рекомендация — прогулки минимум 20 мин в день бодрым шагом), правильное питание, отказ от курения и избыточных количеств алкоголя. Доказано влияние на метаболический профиль, мышечную массу и силу, когнитивные способности и качество жизни. Женщинам моложе 65 лет следует рекомендовать уделять не менее 150 мин в неделю физическим упражнениям средней интенсивности, а при необходимости получить дополнительные преимущества для здоровья (например, снижение массы тела) — не менее 300 мин в неделю. Пожилые люди должны заниматься физическими упражнениями с учетом своих физических возможностей и состояния здоровья, а по достижении 65 лет включить в еженедельную нагрузку упражнения для поддержания гибкости и упражнения на равновесие.
Первой рекомендацией при оказании лечебно-профилактической помощи женщине в пери- и постменопаузе является терапевтическая модификация образа жизни*физическойактивности*
Важный компонент терапевтической модификации образа жизни — , основными компонентами которого в климактерии являются ограничение соли, острых приправ, достаточное (30–35 мл на 1 кг массы тела в сутки) потребление воды, фруктов и овощей (несколько порций в день), цельных злаков, рыбы дважды в неделю и низкое общее потребление жиров и алкоголя (не более 20 г в сутки).
рациональноепитание

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

, наряду с профилактикой формирования метаболического синдрома в постменопаузе, входит в стратегию сохранения когнитивной функции в постменопаузе. Следует рекомендовать женщинам досуг, стимулирующий познавательную деятельность и высокую социальную активность. Профилактика деменции включает регулярные физические занятия, применение методик по формированию стрессоустойчивости и активную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.
Отказ от курения
, что МГТ эффективно купирует климактерические симптомы и улучшает качество жизни (вазомоторные расстройства, депрессия, бессонница, урогенитальная атрофия, диспареуния, сексуальность), позитивно влияет на соединительную (суставная и мышечная боль, боль

в спине, сухая кожа, сухой конъюнктивит) и костную ткань (снижение частоты переломов позвоночника и шейки бедра, уменьшение потери зубов вследствие пародонтоза), а также снижает частоту колоректального рака и рака легких. Ее цель — с помощью минимально оптимальных доз частично восполнить дефицит половых гормонов, улучшить общее состояние женщины, купировать климактерические симптомы и обеспечить профилактику поздних обменных нарушений.
Основным инструментом предупреждения заболеваний и поддержания качества жизни у женщин в пери- и постменопаузе остается МГТ. Доказано (уровень доказательности А)
, согласно существующему законодательству, . Юридически основанием для назначения МГТ служат к ее применению: наличие у пациентки значимых симптомов или физических последствий дефицита эстрогенов. В РФ КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» (2021) содержат следующие показания.
Решение об использовании МГТпринимает сама пациентка. Выбор режима, пути введения и целевой продолжительности приема препаратов МГТ рекомендует врач*показания*

- Вазомоторные симптомы умеренной и тяжелой степени, существенно снижающие качество жизни.
- Симптомы генитоуринарного менопаузального синдрома, сексуальной дисфункции.

Цель МГТ у женщин в пери- и постменопаузе — частично восполнить дефицит половых гормонов, используя минимально-оптимальные дозы гормональных препаратов, способные улучшить общее состояние больных, купировать климактерические симптомы, обеспечить профилактику поздних обменных нарушений.
Следует придерживаться так называемой временной гипотезы терапевтического окна: начинать МГТ в возрасте моложе 60 лет и при длительности постменопаузы менее 10 лет. По мере увеличения возраста пациентки и длительности постменопаузы целесообразно снижение дозы назначаемой МГТ.

- Профилактика постменопаузального ОП.

Назначение МГТ для профилактики ОП показано женщинам в перименопаузе, а также женщинам в постменопаузе моложе 60 лет и длительностью менопаузы не более 10 лет.
МГТ — эффективный метод предотвращения потери костной массы, которая наиболее выражена в первые 3–5 лет постменопаузы, а также способствует сохранению качества кости и межпозвонковых дисков у женщин в постменопаузе. Эффективность МГТ доказана в отношении снижения риска перелома в популяции постменопаузальных женщин.
Снижение риска остеопоретических переломов зависит от длительности приема и возраста начала МГТ и сохраняется в течение продолжительного времени после прекращения лечения.
()()()
Доказательства профилактики переломов при назначении МГТ ограничены данными по пероральному применению стандартных доз эстрогенов и медроксипрогестерона по анатомо-терапевтическо-химической классификации. Имеются фактические данные о предотвращении потери МПК при пероральном эстрадиол, эстрадиола валерат и трансдермальном эстрадиол применении эстрогенов в составе МГТ, а также о предотвращении переломов позвонков и других локализаций.
Мониторинг эффективности терапии осуществляется с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии 1 раз в 1–2 года.

- ПНЯ и ранняя менопауза.
- Двусторонняя овариэктомия.

Целью гормональной терапии у женщин с ПНЯ и после двусторонней овариоэктомии является достижение средних значений концентрации эстрадиола в плазме крови, характерных для женщин с сохраненным, регулярным менструальным циклом.
Относительные противопоказания к МГТ: возраст пациентки; стадия репродуктивного старения по STRAW+10; длительность постменопаузы; ожирение (ИМТ >30 кг/м); резистентность к инсулину, СД; наличие в анамнезе холелитиаза, холецистита, холецистэктомии; хронические заболевания печени; мигрень; дислипидемия; неконтролируемая гипертония; курение; наличие миомы матки, эндометриоза; отягощенный семейный анамнез по венозным тромбоэмболиям; отягощенный акушерский анамнез (наличие АГ, ПЭ, ГСД); повышенный риск РМЖ; коллагенозы; эпилепсия (КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021).
2
()
МГТ возможна при наличии миомы матки не более 2–3 узлов с межмышечным или субсерозным расположением диаметром не более 3 см при условии УЗ-контроля не реже 1 раза в 6 мес на фоне МГТ. При обнаружении роста/увеличения количества или изменения структуры миоматозных узлов МГТ необходимо отменить.
МГТ абсолютно противопоказана при следующих заболеваниях и состояниях:

- кровотечении из половых путей неясного генеза;
- РМЖ (диагностированном, подозреваемом или в анамнезе);
- диагностированных или подозреваемых эстрогензависимых злокачественных новообразованиях (эндометрия, яичников, матки);
- острых и хронических заболеваниях печени в настоящее время или в анамнезе (до нормализации функциональных проб печени), в том числе злокачественных опухолях печени; тромбозах (артериальных и венозных) и тромбоэмболии в настоящее время или в анамнезе (в том числе тромбозе глубоких вен; тромбоэмболии легочной артерии, инфаркте миокарда, ишемических или геморрагических цереброваскулярных нарушениях);
- наличии миомы матки с субмукозным расположением узла;
- наличии полипа эндометрия;
- аллергии к компонентам МГТ;
- кожной порфирии;
- прогестагензависимых новообразованиях (например, менингиоме) (для гестагенов).

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

При наличии у пациентки миомы матки с субмукозным расположением узла или при наличии полипа эндометрия рекомендовано оперативное лечение.
комплексное обследование:
Для исключения противопоказаний и оценки риска побочных эффектов перед назначением МГТ необходимо

- ;

УЗИ органов малого таза
- ;

обследование молочных желез и маммография в двух проекциях
- ;

оценкалипидного спектра крови
- ;

определениеуровня глюкозы в крови натощак
- ()

онкоцитологическое исследование ПАП-тест.
Дополнительно могут быть обоснованы УЗИ печени и исследование трансаминаз крови, колоноскопия, гемостазиограмма, анализ крови на тромбофилические мутации.
Маммография в рамках скрининга показана всем женщинам (см. главу II). Получающие МГТ пациентки моложе 50 лет должны проходить маммографию ежегодно.
— легитимность . () .
Следующий важный шагприема МГТ как таковой Старт либо продолжение приема при указании на использование МГТ в анамнезе разрешен для пациенток моложе 60 лет либо при длительности постменопаузы менее 10 лет Подбор режима, пути введения и выбор целевой продолжительности приема препаратов МГТ носит сугубо индивидуальный характер, который определяют:

- период жизни на момент начала терапии (см. табл. 5.15);
- наличие или отсутствие матки (наличие культи приравнивается к наличию органа, поскольку речь идет о риске РЭ), а также показания к гистерэктомии (эндометриоз исключает монотерапию эстрогенами);
- потребность в контрацепции (в перименопаузе вероятность беременности не равна нулю; актуально обсуждение с пациенткой вопроса контрацепции);

- наличие противопоказаний к пероральному приему препаратов;
- возможность дополнительных индивидуальных преимуществ для здоровья, связанных с приемом прогестагенов;
- необходимость системной и/или локальной терапии эстрогенами;
- высокий индивидуальный риск переломов.

( ) .()

Пациенткам с нарушениями менструального цикла в перименопаузе, но без иных жалоб может быть рекомендована монотерапия прогестагенами. Кроме регуляции цикла, дополнительным преимуществом считается профилактика ГЭ. Используют циклические режимы приема прогестагенов: микронизированный прогестерон пероральноили вагинально, дидрогестерон перорально или внутриматочную терапевтическую левоноргестрел-выделяющую систему. Она в перименопаузе может быть назначена по всем трем показаниям, зарегистрированным в РФ: **контрацепция, идиопатическая меноррагия (АМК, не связанные с органическими причинами) и защита эндометрия в программах МГТ** *С практической точки зрения, согласно действующим КР, следует учитывать ее дополнительные терапевтические преимущества при использовании у пациенток с хронической анемией, генитальным эндометриозом, миомой матки исключая субмукозную и ГЭ в анамнезе.*

()

При назначении МГТ в циклическом режиме с использованием двухфазных препаратов у женщин с интактной маткой в фазе менопаузального перехода или в перименопаузе **следует информировать женщину о том, что препараты для МГТ не обладают контрацептивным эффектом**. *Контрацепция актуальна в течение 2 лет после последней менструации у женщин до 50 лет и в течение 1 года после менопаузы у женщин старше 50 лет. Методы выбора — КОК с эстрадиолом или с эстрадиола валератом либо ЛНГ-ВМС, имеющие преимущества в этой возрастной категории. По желанию женщины, в соответствии с Медицинскими критериями приемлемости ВОЗ, 2015, могут применяться другие методы или средства контрацепции.*

() .

После экстирпации матки *вне зависимости от периода жизни рекомендуется монотерапия эстрогенами. С этой целью используют препараты, содержащие 17β-эстрадиол, эстрадиола валерат, эстрадиола гемигидрат℘. Выбор пути введения таблетки, накожный гель, накожный пластырь определяется наличием противопоказаний к приему внутрь и предпочтениями пациентки. Режим — циклический или непрерывный — определяет фаза климактерия.***При наличии в анамнезе эндометриоза монотерапия эстрогенами не разрешена***ввиду риска рецидива болезни, в этом случае***показан непрерывный комбинированный режим МГТ либо прием тиболона** (табл. 5.17, 5.18).

*У женщин с интактной маткой в постменопаузе используют монофазную комбинированную терапию в непрерывном режиме. Дозу эстрогена в препарате для МГТ необходимо титровать до самой низкой, которая будет сохранять свою эффективность.***В РФ зарегистрированы пероральные препараты МГТ, содержащие стандартную (2 мг), низкую (1 мг) и ультранизкую (0,5 мг) дозу эстрогена**

Препараты для менопаузальной гормонотерапии

Таблица 5.17.

	Препарат	**Форма выпуска и состав**
Эстрадиола валерат	21 драже по 2 мг эстрадиола валерата с календарной шкалой	
Эстрадиол	28 таблеток по 2 мг 17β-эстрадиола	
Дидрогестерон + эстрадиол	Двухфазный: 28 таблеток (14 — по 2 мг 17β-эстрадиола, 14 — по 2 мг 17β-эстрадиола + 10 мг дидрогестерона) с календарной шкалой.	
	Монофазные: 28 таблеток, содержащие: Монофазные для назначения в постменопаузе: 28 таблеток, содержащие:	

- эстрадиол 1 мг + дидрогестерон 10 мг [дидрогестерон + эстрадиол и эстрадиол [набор] (Фемостон 1)] или

♠

- эстрадиол 2 мг + дидрогестерон 10 мг [дидрогестерон + эстрадиол и эстрадиол [набор] (Фемостон 2)].

♠

- эстрадиол 1 мг + дидрогестерон 5 мг [дидрогестерон + эстрадиол (Фемостон конти)] или

♠

- эстрадиол 0,5 мг + дидрогестерон 2,5 мг [дидрогестерон + эстрадиол (Фемостон мини)]

♠

Медроксипрогестерон + эстрадиол	21 таблетка [11 — по 2 мг эстрадиола валерата, 10 — по 2 мг эстрадиола валерата + 10 мг медроксипрогестерона (Медроксипрогестерона ацетат)] с календарной шкалой

♠

Ципротерон + эстрадиол (Климен)

♠

21 драже (11 — по 2 мг эстрадиола валерата, 10 — по 2 мг эстрадиола валерата + 1,0 мг ципротерона ацетата) с календарной шкалой

℘

Левоноргестрел + эстрадиол	21 драже (9 — по 2 мг эстрадиола валерата, 12 — по 2 мг эстрадиола валерата + 0,15 мг левоноргестрела) с календарной шкалой
Норгестрел + эстрадиол (Цикло-Прогинова)	

♠

21 драже (11 — по 2 мг эстрадиола валерата, 10 — по 2 мг эстрадиола валерата + 0,5 мг норгестрела) с календарной шкалой	
Тиболон	28 таблеток (каждая содержит 2,5 мг тиболона) с календарной шкалой (для женщин в постменопаузе)
Дроспиренон + эстрадиол (Анжелик)	

♠

28 таблеток (каждая содержит 1 мг эстрадиола + 2 мг дроспиренона) с календарной шкалой (для женщин в постменопаузе)
Дроспиренон + эстрадиол (Анжелик Микро)

♠

28 таблеток (каждая содержит 0,5 мг эстрадиола + 0,25 мг дроспиренона) с календарной шкалой (для женщин в постменопаузе)
Диеногест + эстрадиол (Климодиен)

♠

28 таблеток (каждая содержит 2 мг эстрадиола + 2 мг диеногеста) с календарной шкалой (в РФ не зарегистрирован)
Эстрадиол (Эстрожель)

♠

80 г флакон с дозатором геля эстрадиола для наружного применения или 80 г туба с гелем в комплекте со шпателем-дозатором. Одна доза (2,5 г геля) содержит 1,5 мг 17β-эстрадиола	
Эстрадиол	Трансдермальная терапевтическая система — пластыри 4 шт. В каждом 3,9 мг 17β-эстрадиола; обеспечивает поступление в организм эстрадиола в количестве 0,05 мг/сут в течение 7 дней

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Свойства прогестагенов, входящих в состав препаратов для менопаузальной гормонотерапии

Таблица 5.18.Таблица адаптирована из: Fuhrmann U. et al. // Contraception. 1996. Vol. 54. P. 243–251; Rubig A. Climacteric 2003. Vol. 6. Suppl 3. P. 49–54. Muhn P. et al. // Ann NY Acad Sci. 1995. Vol. 761. P. 311–335; Krattenmacher R. // Contraception. 2000. Vol. 62. P. 29–38; Philibert D. et al. // Gynecol Endocrinol. 1999. Vol. 13. P. 316–326; Leidenberger F. Klinische Endokrinologie für Frauenärtze. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1997.

Препарат	**Активность**				
	прогестагенная	**андрогенная**	**антиандрогенная**	**антиальдостероновая**	**глюкокортикоидная**
Прогестерон	+	–	(+)	+	–
Дидрогестерон	+	–	–	(+)	–
Дроспиренон	+	–	+	+	–
Ципротерона ацетат	+	–	–	–	(+)
Дезогестрел	+	(+)	+	–	–
Диеногест	+	–	–	–	–
Гестоден	+	(+)	–	(+)	–
Левоноргестрел	+	(+)	–	–	–
Медроксипрогестерон	+	(+)	–	–	(+)
Норэтистерон	+	(+)	–	–	–
Норгестимат	+	(+)	–	–	–
Тиболон	+	+	–	–	–

. + значимая активность; (+) активность клинически не значима; – нет активности.

Примечание

( ) ()

Женщины с преждевременной или ранней менопаузой на начальных этапах лечения нуждаются в более высоких дозах эстрогенов, чем женщины старше 45 лет 2 мг/сут для 17β-эстрадиола или 75–100 мг/сут для трансдермального эстрадиола. При хирургической менопаузе, согласно ГРЛС и инструкции к препаратам, легитимны тиболон, левоноргестрел + эстрадиол. **Цель** *терапии — достижение средних уровней эстрадиола в сыворотке около 400 пмоль/л, соответствующих таковым у регулярно менструирующих женщин. С учетом длительности терапии предпочтительны***трансдермальные** *формы эстрогенов и метаболически нейтральные* **прогестагены** *микронизированный прогестерон, дидрогестерон.*

( )

Микронизированный прогестерон в циклическом режиме назначают по 200 мг в течение 14 дней каждого месяца, в непрерывном режиме при длительности менопаузы более 2 лет — по 100 мг/сут. МГТ должна продолжаться до 50–51 года, далее вступают в силу правила назначения МГТ. Тиболон при отсутствии противопоказаний можно использовать в постменопаузе.

На фоне введенной с контрацептивной или лечебной целью ЛНГ-ВМС при появлении симптомов дефицита эстрогенов добавляют эстроген перорально или трансдермально.

()()

Низкодозированные*1 мг и ультранизкодозированные 0,5 мг пероральные препараты для МГТ столь же эффективны для лечения вазомоторных симптомов и имеют более благоприятный профиль побочных эффектов, как и содержащие стандартную дозу гормонов.***Следует помнить, что ультранизкодозированные препараты не увеличивают МПКТ, но способны ее сохранить.**

(см. табл. 5.18)()

При выборе препарата необходимо учитывать свойства прогестагена в составе МГТ , которые помимо протективного влияния на эндометрий обладают рядом благоприятных эффектов для здоровья. Например, левоноргестрел, ввиду остаточной андрогенной активности, позитивно влияет на настроение и либидо, дроспиренон обладает способностью снижать уровень АД, микронизированный прогестерон позитивно влияет на качество сна, обладает седативным эффектом при пероральном приеме.

Согласно актуальным рекомендациям EMAS 2018 г. по СД и менопаузе, пероральная МГТ оказывает наиболее выраженный эффект в профилактике и лечении метаболического синдрома по сравнению с трансдермальной. При отсутствии у пациенток необходимости в системной терапии, для купирования проявлений .

только генитоуринарного синдрома показана локальная МГТ препаратами эстриола

()

Эстриол интравагинально в низких дозах табл. 5.19 назначают женщинам с жалобами на сухость влагалища, диспареунию или дискомфорт при половой жизни, связанный с этим состоянием, в том числе в возрасте старше 60 лет. Локальные эстрогены не влияют на эндометрий, поэтому дополнительного использования прогестагенов не требуется, и ограничений для перерывов и возобновления приема в постменопаузе нет. Эстриол при интравагинальном применении не повышает риск венозной тромбоэмболии. В начале лечения препараты назначают ежедневно, по мере улучшения — 2 раза в неделю. В зависимости от тяжести симптомов они могут использоваться совместно с любрикантами. При выраженной атрофии некоторые преимущества имеет комбинация эстриола с витепсолом S51℘.

Препараты эстриола

Таблица 5.19.В РФ для локального применения зарегистрированы только препараты эстриола.

	Состав	**Форма**
Эстриол 1 мг	Крем вагинальный	
Эстриол 0,5 мг	Суппозитории вагинальные	
Эстриол 2 мг	Таблетки для перорального приема	
Эстриол 0,2 мг Прогестерон 2,0 мг Культура лактобактерий (Триожиналь)		

♠

Капсулы вагинальные
Эстриол 0,03 мг Лактобактерии ацидофильные (Гинофлор Э)

♠

Таблетки вагинальные
Эстриол 0,5 мг Витепсол S51

℘

Суппозитории вагинальные	
Эстриол 50 мкг/г	Гель вагинальный

, ()

Возможный положительный эффект локальной МГТ следует учитывать также при рецидивирующих урогенитальных инфекциях, гиперактивном мочевом пузыре, дизурии. **Пациентки с недержанием мочи должны быть направлены на консультацию** *уролога. Применение локальных эстрогенов* **неэффективно** *для лечения* **стрессового** *недержания но может дать* **положительный** *результат в отношении симптомов* **ургентности и учащенного мочеиспускания**. *При гиперактивном мочевом пузыре показана коррекция образа жизни, применение антихолинергических препаратов и агонистов β3-адренорецепторов в качестве монотерапии или в комбинации с локальными эстрогенами. Для женщин со стрессовым недержанием мочи эффективны тренировки мышц тазового дна, а пациентки с тяжелой степенью заболевания подлежат оперативному лечению слинговые операции. При РЭ или РМЖ в анамнезе назначение низких доз эстриола локально зависит от желания женщины, ее информированности о потенциальных рисках после консультации с врачом-онкологом.*

() ()

Согласно действующим КР, созвучным с положениями Глобального консенсуса по терапии андрогенами женщин 2019, **для лечения женщин** *с когнитивными, сердечно-сосудистыми, метаболическими нарушениями и сексуальной дисфункцией* **в пери- и постменопаузе**

не рекомендовано назначать препараты тестостерона*уровень доказательности А.*
()() .
Доказана эффективность системной МГТ для профилактики ОП и переломов у женщин с повышенным риском переломов в постменопаузе в возрасте до 60 лет и/или с длительностью менопаузы до 10 лет уровень доказательности А. МГТ препятствует потере костной массы наиболее выражена в первые 3–5 лет постменопаузы, а также способствует сохранению качества кости и межпозвонковых дисков у женщин в постменопаузе. Подтвержден антипереломный эффект тиболона. Однако начинать МГТ женщинам в возрасте старше **60 лет** *с единственной целью — профилактика ОП —* **не рекомендовано**
назначать препараты тестостерона для лечения женщин с когнитивными, сердечно-сосудистыми, метаболическими нарушениями и сексуальной дисфункцией.
Не рекомендуется
(КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021).
В РФ препараты тестостерона для лечения климактерических симптомов не зарегистрированы. Согласно данным систематического обзора и метаанализа рандомизированного клинического исследования 2019 г., препараты тестостерона могут быть эффективны для лечения женщин в постменопаузе, у которых после биопсихосоциальной оценки диагностировано снижение сексуального влечения. Эффективность в отношении улучшения общего самочувствия, скелетно-мышечного и когнитивного здоровья, а также показатели безопасности требуют дальнейшего изучения
МГТ осуществляют через 4–8 нед после начала лечения, далее каждые 6 мес в течение 1-го года, потом — ежегодно. При ежегодном обследовании необходимо:
Мониторинг эффективности и побочных эффектов

- совместно с пациенткой оценить эффективность лечения, используя методы объективной оценки в динамике (индексы, шкалы);
- исключить наличие на момент осмотра противопоказаний к МГТ*;
- оценить возможность повышения индивидуального риска РЭ и РМЖ, венозной тромбоэмболии и сердечно-сосудистых заболеваний*;
- обсудить и (совместно с пациенткой) принять решение о необходимости/целесообразности продолжения МГТ в настоящее время;
- наметить целевую продолжительность МГТ с учетом возможных преимуществ для пациентки (например, снижение риска переломов).

В настоящее время не существует жестких ограничений для продолжительности МГТ. У здоровых женщин до 60 лет подтверждена ее безопасность по крайней мере в течение 5 лет. При высоком риске ОП и переломов может возникнуть необходимость более длительной терапии.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

*Достигается с помощью ежегодного обследования пациенток, которое включает:

- УЗИ органов малого таза (не реже 1 раза в год; для пациенток с миомой матки не реже 1 раза в 6 мес);
- рентгеновскую маммографию в двух проекциях в возрасте после 40 лет и УЗИ молочных желез в возрасте до 40 лет с оценкой по шкале BI-RADS ежегодно;
- онкоцитологию шейки матки и ВПЧ-тест (методом ПЦР);
- биохимическое исследование крови: глюкоза, HbA1c, общий белок, креатинин, билирубин, липидограмма;
- общий (клинический) анализ крови;
- ТТГ (по показаниям);
- коагулограмму и определение концентрации D-димера в крови (по показаниям);
- денситометрию;
- определение уровня 25-ОН-витамина D (по показаниям).

КР «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021.
Нет единого мнения, каким образом лучше прекращать прием МГТ: или. Однако следует учитывать, что после отмены МГТ в течение 2–4 лет состояние костной ткани возвращается к исходному, поэтому у. Для некоторых женщин может оказаться предпочтителен перевод на микродозированные препараты, способные поддерживать адекватное купирование симптомов и общее благополучие, а также сохранять достигнутые эффекты в отношении МПКТ.
постепенно резко **здоровых женщин до 60 лет целесообразно стремиться к продолжительности терапии в течение минимум 5 лет** следует рекомендовать альтернативные методы лечения климактерических расстройств. Пациенток необходимо информировать, что данная терапия может иметь ограниченные доказательства и индивидуальную вариабельность ее эффективности. Для купирования климактерических расстройств у женщин, имеющих противопоказания к МГТ, может быть использовано следующее.
Женщинам с противопоказаниями к МГТ

-
Медитация, релаксация, когнитивно-поведенческая терапия.
-
Физиотерапевтические методы и акупунктура.
- , ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (уровень доказательности А). В РФ не имеют зарегистрированных показаний, однако у женщин, перенесших РМЖ, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина/селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина являются методом выбора для купирования вазомоторных расстройств. Необходимо избегать применения пароксетина у женщин, получающих тамоксифен из-за его влияния на метаболизм (предпочтительны венлафаксин и циталопрам). Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина не влияют на активность ингибиторов ароматазы. В начале лечения требуется постепенно увеличивать дозу препарата, отмена препарата также предусматривает постепенное снижение дозы в течение не менее чем 2 нед.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- Полипептиды эпифиза (шишковидной железы) крупного рогатого скота — полипептидный препарат для внутримышечного введения, эффективно купирующий нейровегетативные расстройства. Требует тщательного учета противопоказаний к применению.
- . Принимают курсом 5–10 дней до исчезновения симптомов. Может применяться у пациенток, имеющих абсолютные противопоказания к МГТ.

Бета-аланин
- («Серелис», действующее вещество пьюситонин). За счет содержания природного токоферола и триптофана препарат обладает способностью купировать дисфорические расстройства и приливы (уровень доказательности А). Особо следует подчеркнуть возможность безопасного применения у пациенток, имеющих абсолютные противопоказания к МГТ.

Очищенный экстракт пыльцы растений
- (цимицифуга, изофлавоны сои, генистеин, транс-ресвератрол, красный клевер и др.) в ряде ситуаций могут быть методом выбора. Должны применяться строго по инструкции.

Фитоэстрогены
- (7-гидроксиматаирезинол). Принципиально новый фитоэстроген из класса лигнанов, выделен из сучков ели европейской. Под воздействием микрофлоры кишечника превращается в активную форму эстрадиола. Может применяться у пациенток, имеющих абсолютные противопоказания к МГТ.

Лигнариус
- . Показан для терапии астении в пери- и постменопаузе, оказывает позитивное влияние на вазомоторные и психоэмоциональные симптомы, может улучшать сексуальность, имеет дополнительный косметический эффект. Применим у пациенток, имеющих абсолютные противопоказания к МГТ.

Гидролизат плаценты человека для подкожного введения
Продолжительность лечения вазомоторных расстройств негормональными средствами следует периодически пересматривать, как и при применении МГТ.
В настоящее время в обязанности врача — акушера-гинеколога амбулаторного звена входят также вопросы терапии и профилактики постменопаузального ОП. Последними рекомендациями в качестве препаратов первой линии для лечения постменопаузального ОП (уровень доказательности А) определены и .
деносумаб бисфосфонаты
Деносумаб — человеческое моноклональное антитело к лиганду рецептора активатора ядерного фактора В (RANKL) — уменьшает костную резорбцию и увеличивает массу и прочность кортикальной и трабекулярной кости, вследствие чего значительно снижает риск переломов при подкожном применении каждые 6 мес в дозе 60 мг.

Эффект препарата не зависит от факторов риска, возраста пациентки и исходного состояния МПКТ. Деносумаб совместим с ингибиторами ароматазы, что важно при выборе терапии у пациенток, получающих лечение гормонозависимого РМЖ.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Бисфосфонаты являются мощным ингибитором резорбции кости и снижают скорость потери костной массы. Доказана их эффективность в профилактике переломов позвонков и бедра. Лечение проводят в течение 3–5 лет, однако женщины с высоким риском переломов позвонков могут продолжить лечение свыше 5 лет с учетом противопоказаний. Бисфосфонаты могут предотвратить метастазирование в кости при РМЖ. Пероральные бисфосфонаты (алендронат натрия, ибандроновая кислота, ризедроновая кислота) можно назначать еженедельно или ежемесячно при отсутствии противопоказаний со стороны пищевода и желудка. Возможно внутривенное введение ибандроновой кислоты (3 мг 1 раз в 3 мес внутривенно), золедроновой кислоты (5 мг внутривенно капельно) 1 раз в год.
Для лечения ОП и снижения частоты переломов позвонков у женщин в постменопаузе рекомендовано также использовать селективные модуляторы рецепторов эстрогена, которые снижают частоту переломов позвонков у женщин в постменопаузе (уровень доказательности А). В РФ зарегистрирован ралоксифен. Препарат показан при высоком риске гиперпластических процессов в молочной железе и эндометрии.
Для лечения тяжелых форм постменопаузального ОП может применяться аналог паратиреоидного гормона — терипаратид (уровень доказательности А), который увеличивает МПКТ путем стимуляции остеогенеза. Препарат назначают совместно с эндокринологом и используют в виде ежедневных подкожных инъекций в течение не более 18 мес.
При любых схемах терапии и профилактики ОП обязательной составляющей являются препараты кальция и витамина D (уровень доказательности для переломов и падений в пожилом возрасте — А). Нативные добавки витамина D эффективны в снижении риска переломов и падений у пожилых пациентов. Профилактическая доза витамина D варьирует от 2000 до 4000 МЕ/сут в зависимости от уровня его в крови. При подтверждении диагноза, нарушении функции почек могут быть рекомендованы активные метаболиты витамина D (альфакальцидол).

33

Мониторинг эффективности терапии ОП осуществляют с помощью денситометрии. Определение биохимических маркеров костного ремоделирования в повседневной практике с этой целью не рекомендуется.

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Отбор и направление больных с гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение
Многие гинекологические заболевания хорошо поддаются воздействию физических факторов. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению определены в приказе МЗ РФ от 07.06.2018 № 321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».
Условно всех больных с гинекологическими заболеваниями, которым показано санаторно-курортное лечение, можно разделить на две группы:

- страдающие только гинекологическими заболеваниями при благополучном состоянии других органов и систем;
- с сочетанными (гинекологическими и экстрагенитальными) заболеваниями.

Общие противопоказания к санаторно-курортному лечению:

- все заболевания в острой стадии;
- острые инфекционные заболевания;
- заболевания, осложненные гнойным процессом;
- заболевания, передаваемые половым путем;
- наркомания, алкоголизм;
- болезни крови в стадии обострения;
- кахексия любого происхождения;
- онкологические заболевания;
- часто повторяющиеся кровотечения любой локализации и происхождения;
- туберкулез в активной стадии.

:

Гинекологические заболевания, при которых санаторно-курортное лечение не показано

- кисты яичников;
- гиперплазия, полипоз эндометрия;
- туберкулезное поражение половых органов;
- пузырно-кишечно-влагалищные свищи;
- воспалительные процессы в фазе обострения.

Кроме того, не рекомендуется направлять женщин на санаторно-курортное лечение после выскабливания стенок полости матки (вне зависимости от показаний) до наступления менструации (табл. 5.20).
Санаторно-курортное лечение в зависимости от гинекологической заболеваемости

Таблица 5.20.

	Вид заболевания	Курорты
Заболевания шейки и тела матки (эндоцервицит, хроническая воспалительная болезнь матки)	Грязевые и с крепкими хлоридно-натриевыми водами: Анапа, Бакирово, Бердянск, Евпатория, Ейск, Зеленоградск, Кашин, Кирилловка, Краинка, Липецк, Медвежье, Молтаево, Нальчик, Пятигорск, Саки, Садгород, Сергиевские Минеральные Воды, Серегово, Славянск, Солигалич, Сольвычегодск, Соль-Илецк, Марциальные Воды, Минеральные Воды, Старая Русса, Тинаки, Увильды, Угадан, Усть-Кут, Усолье, Учум, Хилово, Чеддер, Шира, Эльтон	
Воспалительные заболевания придатков матки в стадии ремиссии	С сероводородными водами: Горячий Ключ, Ейск, Ключи, Красноусольск, Любен Великий, Мацеста, Пятигорск, Сергиевские Минеральные Воды, Серноводск, Талги, Тамиск, Усть-Качка, Усть-Кут	
Заболевания тазовой брюшины и клетчатки (хронические пельвиоперитонит, периметрит, параметрит, периаднексит)	С радоновыми водами: Белокуриха. С термальными слабоминерализированными хромистыми водами: Горячинск, Кульдур, Талая	
Послеоперационные инфильтраты по окончании острого периода	Климатические, главным образом приморские, располагающие грязелечебницами или теплыми морскими ваннами: Анапа, Бердянск, Геленджик, Евпатория, Зеленоградск, Светлогорск, Феодосия	

Глава V. Гинекологическая помощь в женской консультации

Список литературы

- Бицадзе В.О., Акиньшина С.В., Хизроева Д.Х. и др. Патогенетическое обоснование применения натурального прогестерона в акушерской практике // Акушерство, гинекология, репродукция. 2014. Т. 8. № 2. С. 79–89.
- Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Утрожестан. .
https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routing-Guid=5841035f-b5b0-4796-9b50-7e07c20010b2&t=p
- Di Guardo F., Midassi H., Racca A. et al. Luteal Phase Support in IVF: Comparison Between EvidenceBased Medicine and Real-Life Practices // Front. Endocrinol. 2020. DOI: 10.3389/fendo.2020.00500
- . Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology.
https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/OvarianStimulation-in-IVF-ICSI
- Coomarasamy A., Devall J.A., Cheed V. et al. A Randomize Trial of Progesterone in Woman with Early pregnancy bleeding // N. Engl. J. Med. May, 2019. Vol. 380. N. 19. P. 1815–1824.

- Заключение Экспертного Совета по итогам 2-го Всемирного конгресса медицины матери, плода и новорожденного «Микронизированный прогестерон в лечении невынашивания» // Проблемы репродукции. 2019. Т. 25. № 2. С. 46–50. https://doi.org/10.17116/repro20192502146
- Devall A.J., Papadopoulou A., Podesek M. et al. Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Apr 19; 4:CD013792. DOI: 10.1002/14651858.CD013792.pub2.
- Da Fonseca E.B., E Bittar R., Carvalho M. et al. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study // Am J. Obstet. & Gynecol. 2003. Vol. 188. N. 2. P. 419–424.
- Romero R., Conde-Agudelo A., Da Fonseca E. et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singl eton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data // American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2017. Vol. 218. N. 2. P. 161–180.
- Dodd J.M. et al. Coch Data Syst Rev. 2013, Issue 7.
- Jarde A., Lutsiv O., Park C.K. et al. Effectiveness of progesterone, cerclage and pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies: a systematic review and network meta-analysis. BJOG. 2017. Vol. 124. P. 1176–1189.
- Farine D., Mundle W., Dodd J. The Use of Progesterone for Prevention of Preterm Birth. J Obstet Gynaecol Can. 2008. Vol. 30. N. 1. P. 67–71.
- SMFM clinical guidelines. Progesterone and preterm birth prevention // Am J. Obstet Gynecol. 2012.
- FIGO committee report. Best practice in maternal–fetal medicine. FIGO Working Group on Best Practice in Maternal–Fetal Medicine // International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2015. Vol. 128. P. 80–82
- Клинические рекомендации «Преждевременные роды» https://cr.minzdrav.gov.ru/ recomend/331_1/
- Di Renzo E.G.C., Cabero Roura L., Facchinetti F. et al. Preterm Labor and Birth Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: 10.1080/14767058.2017.1323860.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации одним из основных направлений определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационар-замещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению. Организация дневных стационаров в структуре амбулаторно-поликлинического учреждения призвана обеспечить оказание квалифицированной медицинской помощи женщинам, не нуждающимся в круглосуточном пребывании в больничных условиях.
Деятельность дневного стационара в ЖК регламентирована приказом № 1130н. При развертывании дневного стационара в соответствии с приказом вводится 1,0 ставки врача — акушера-гинеколога и, при наличии 15 коек в дневном стационаре, 1,0 ставки анестезиолога. Оснащение операционной регламентировано приказом № 1130н (см. приложение 32).
В приказе МЗ РФ № 1130н освещены основные принципы деятельности дневного стационара. Это внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных и мероприятия по повышению квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием.
Создание дневного стационара — один из путей использования ресурсосберегающих технологий в лечебно-диагностическом процессе. В условиях дневного стационара возможна диагностика, подготовка к госпитализации, лечение больных (в том числе оперативное), а также, в необходимых случаях, долечивание после выписки из стационара.
Приказ № 1130н регламентирует диагностические мероприятия и объем оперативного лечения: гистероскопия, биопсия и вакуум-аспирация цервикального канала и эндометрия (при привычном невынашивании, бесплодии, АМК, новообразованиях и др.), а также ГСГ, внутриматочные манипуляции: удаление полипов эндометрия, разведение спаек внутри матки в цервикальном канале, насечки на эндометрии (Scratching), биопсия и резекция шейки матки и др.
:
Цель работы дневного стационара

- снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- улучшение здоровья беременных;
- динамический контроль и улучшение состояния плода;
- улучшение здоровья больных с гинекологическими заболеваниями;
- оперативное лечение.

Принципиальным отличием лечения в дневном стационаре от амбулаторного является возможность выполнения хирургических вмешательств, требующих послеоперационного пребывания под медицинским наблюдением в течение нескольких часов, а также интенсивной терапии акушерских осложнений и гинекологических заболеваний (например, раннего токсикоза беременных, ВЗОМТ и др.). Кратковременное пребывание в лечебном учреждении служит профилактикой заражения внутригоспитальной инфекцией, возникновения венозных тромбоэмболий и положительно отражается на психологическом состоянии женщин.
Функции дневного стационара:

- выполнение сложных комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после лечебных и диагностических мероприятий;
- подбор адекватной терапии при объективном динамическом контроле;
- комплексное курсовое лечение с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
- осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения гинекологических больных и беременных;
- динамическое наблюдение и лечебно-профилактические мероприятия после хирургических операций.

Для осуществления полноценной функции дневного стационара должны быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения медицинской организации.
Лечение гинекологических больных и беременных с привлечением смежных специалистов (терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог, хирург и др.) позволяет достичь максимальной эффективности в лечении и реабилитации женщины.
Психологическое состояние пациенток в дневном стационаре по сравнению с круглосуточным существенно лучше. Это обусловлено сохранением обычного уклада жизни с временным отвлечением в течение дня на лечение. Рациональна двухсменная работа дневного стационара: женщина выбирает наиболее удобное для себя время лечения.
. В каждом дневном стационаре целесообразно иметь видеофильмы, аудиолекции, тексты лекций и наглядные материалы по следующим темам: «Профилактика онкологических заболеваний», «Питание беременных», «Физические нагрузки, режим сна и отдыха и гигиена беременной женщины», «Грудное вскармливание», «Болезни молочных желез», «Профилактика непланируемой беременности», «Вредные привычки у женщин, борьба с ними», «Ожирение — пандемия XXI в. Основные принципы редукции массы тела» и др. Лекции, записанные на электронном носителе, и видеофильмы, как и в основном помещении ЖК, могут транслироваться на протяжении рабочего дня.
Дневной стационар — идеальное место для просвещения женщин
Показания к отбору беременных для госпитализации в стационар дневного пребывания.

- При условии совместного ведения акушером-гинекологом и специалистом по профилю заболевания:

- гипертоническая болезнь;
- хронические болезни в стадии обострения;
- анемия (снижение гемоглобина ниже 90 г/л) в целях парентерального введения препаратов железа;
- ранний токсикоз, среднетяжелое и тяжелое течение при условии совместного ведения с анестезиологом-реаниматологом;
- медико-генетическое обследование, требующее инвазивных манипуляций (амниоцентез, биопсия хориона и др.);
- обследование и лечение беременных с резус-иммунизацией в I и II триместрах беременности;
- динамическая оценка состояния плода при плацентарной недостаточности;
- дополнительное обследование при подозрении на экстрагенитальные заболевания (порок сердца, заболевания мочевыделительной системы и др.);
- немедикаментозная терапия (иглорефлексотерапия, психо- и гипнотерапия);
- профилактические мероприятия в критические сроки беременности при привычном невынашивании в анамнезе (физиотерапия, психолог);
- наблюдение после циркляжа при ИЦН;
- восстановительная терапия после пребывания в стационаре;
- глюкозотолерантный тест беременным.

- При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременная незамедлительно переводится в соответствующее отделение стационара.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Перечень малых гинекологических операций и манипуляций для выполнения в дневном стационаре:

- гистероскопия и аспирация содержимого полости матки для цитологического и гистологического исследования;
- ГСГ;
- вакуум-аспирация цервикального канала и матки с последующим гистологическим исследованием при гиперпластических заболеваниях эндометрия, АМК, привычном невынашивании, бесплодии и др.;
- полипэктомия и каутеризация ложа полипа цервикального канала и эндометрия; вакуум-аспирация цервикального канала при удаленной матке;
- ножевая, радиоволновая, электро- и лазерная биопсия и эксцизия шейки матки;
- деструктивные методы лечения доброкачественных заболеваний органов нижнего отдела половых путей (радиоволновая хирургия, лазерная коагуляция) при гистологически подтвержденном отсутствии злокачественного процесса;
- удаление небольших размеров кист органов нижнего отдела половых путей;
- рассечение девственной плевы, полностью закрывающей вход во влагалище;
- удаление и введение контрацептивных имплантатов;
- пластика шейки матки;
- фотодинамическая терапия эндометрия;
- абляция эндометрия;
- разделение внутриматочных сращений;
- марсупиализация кист органов нижнего отдела половых путей;
- фертилоскопия;
- операции искусственного прерывания беременности медикаментозным методом (до 63 дней аменореи, до 9 нед беременности) и/или вакуум-аспирацией.

()()

Завершение неполного выкидыша, прерывание неразвивающейся беременности на сроке до 63 дней аменореи 9 нед беременности медикаментозным способом мифепристон + мизопростол или вакуум-аспирация.

устанавливается в одну или две смены в зависимости от объективных условий учреждения и объемов потребности в данном виде медицинской помощи. Если в дневном стационаре не организовано питание пациенток, продолжительность пребывания ограничивается 4 ч с обязательным обеспечением теплым питьем.

Режим работы дневного стационара

Ведение медицинской документации в дневном стационаре регламентируется следующими нормативными документами:

- карта пациентки дневного стационара акушерско-гинекологического профиля (учетная форма № 003-2/у-20; приложение № 6 к приказу № 1130н);
- журнал учета приема пациенток и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (учетная форма N 001/у; приложение № 1 к приказу МЗ РФ от 5 августа 2022 г. № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения»; далее — приказ № 530н, вступил в силу 1 марта 2023 г. и действует 6 лет);
- журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (учетная форма № 008/у; приложение № 7 к приказу № 530н).

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Профилактические и оздоровительные мероприятия во время беременности у женщин с экстрагенитальными заболеваниями и осложнениями беременности

В РФ, как и во всех цивилизованных странах мира, материнская смертность по причине экстрагенитальных заболеваний занимает первое место, и реального снижения этого показателя можно добиться только путем оздоровления больных женщин до и во время беременности. На решение этой благородной задачи должна быть направлена деятельность врачей всех специальностей, в первую очередь терапевтов, кардиологов, кардиохирургов, нефрологов, гематологов. .

Лечением экстрагенитальных заболеваний должны заниматься профильные специалисты (приказ № 1130н). У врача-гинеколога не обозначено в лицензии и нет права лечить соматические и инфекционные заболевания, в том числе у беременных

. Ранний токсикоз возникает, как правило, в первые 6–12 нед беременности. К ранним токсикозам относятся часто встречающиеся рвота беременных, слюнотечение, а также редкие формы токсикоза: хорея беременных, остеомаляция, БА беременных, дерматозы и почти не встречающиеся тетания, острая желтая дистрофия печени и др.

Осложнения беременности

легкой степени масса тела на 1–3 кг (5% исходной массы тела). Гемодинамические показатели у большинства беременных находятся в пределах нормы. При исходном дефиците массы тела (ИМТ менее 19) нередко возникают коллаптоидные состояния, пациентки предъявляют жалобы на слабость, недомогание, снижается АД. Изменения морфологического состава крови, мочи отсутствуют или выявляются начальные признаки гиповолемии и метаболического ацидоза, в моче появляется ацетон.

При рвоте у беременныхснижается

. Для динамического контроля состояния беременной и эффективности лечения необходимо выполнение таких исследований, как:

Диагностика

- общий анализ крови;
- биохимия крови: билирубин, креатинин, мочевина, электролиты, общий белок, глюкоза, аспартаттрансаминаза, аланинтрансаминаза, щелочная фосфатаза и др. (табл. 6.1);
- общий анализ мочи: уровень ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка.

Оценка состояния беременной

Таблица 6.1.

	Показатель		Норма		Отклонения	Показатель	Норма	Отклонения
Общий белок	64–84 г/л	Снижение	Мочевина	2,5–8,3 ммоль/л	Повышение			
Билирубин	5–20 мкмоль/л	Повышение	Глюкоза	3,3–5,1 ммоль/л	Снижение			
Креатинин	62–115 мкмоль/л	Повышение	Аспартаттрансаминаза	До 31 Ед/л	Повышение			
Калий	2,0–8,0 ммоль/л	Снижение	Аланинтрансаминаза	До 31 Ед/л	Повышение			
Натрий	120–180 ммоль/л	Снижение	Креатинин	53–97 мкмоль/л	Повышение			
Хлориды	85–140 ммоль/л	Снижение	–	–	–			

В целях дифференциальной диагностики экстрагенитальных заболеваний, нередко сопровождающихся рвотой, показано определение ТТГ, амилазы. Показана консультация терапевта, гастроэнтеролога, эндокринолога, анестезиолога и других специалистов по показаниям.

.

Лечение

- Диета, которая по желанию женщины включает в себя легкоусвояемую разнообразную пищу. Ее следует принимать в охлажденном виде, небольшими порциями, каждые 2–3 ч.
- Медикаментозное лечение при рвоте беременных. Медикаментозное лечение направлено на восстановление кислотно-щелочного баланса, углеводного, белкового обмена.

- Инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания: кристаллоиды (солевые растворы, калия хлорид + натрия ацетат + натрия хлорид), коллоиды, аминокислоты. Общий объем и компонентный состав инфузионной терапии рассчитывает анестезиолог-реаниматолог индивидуально для каждой пациентки с учетом клинических проявлений (гипотония, тахикардия, одышка), нарушения функции органов и систем (печени, почек и др.), а также с учетом показателей лабораторных данных.

- Для нормализации функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции применение неспецифических средств: центральной электроаналгезии, иглоукалывания, психо- и гипнотерапии.

лечение возможно в условиях дневного стационара, под контролем динамики массы тела, АД, диуреза, общего анализа крови, мочи, биохимии крови и показателей водно-электролитного баланса. Отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение 5–7 сут или прогрессирование раннего токсикоза до среднетяжелой или тяжелой формы является показанием к круглосуточному медицинскому наблюдению в условиях стационара (отделение интенсивной терапии).

При легкой и умеренной степени рвоты беременных

: центральная электроаналгезия, иглорефлексотерапия, психо- и гипнотерапия.

Немедикаментозные методы терапии при рвоте беременных

. При слюнотечении объем обследования и лечения тот же, что и при рвоте беременных [режим, психотерапия, физиотерапевтические процедуры, инфузионная терапия (объем и компоненты терапии в компетенции анестезиолога-реаниматолога)] и др. Рекомендуется лечение в дневном стационаре, где создаются условия для соблюдения лечебно-охранительного режима.

Слюнотечение

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

При легкой форме раннего токсикоза и отсутствии изменений общего состояния беременной (АД, ЧСС, ЧДД), при отсутствии изменений лабораторных показателей положительное влияние оказывает санаторно- курортное лечение и воздействие естественных и преформированных факторов.

Преэклампсия

ПЭ — синдром полиорганной функциональной недостаточности, патогенетически связанный с беременностью, характеризуемый генерализованным сосудистым спазмом и перфузионными нарушениями в жизненно важных органах и плаценте. ПЭ рассматривают как генетически детерминированную недостаточность процессов адаптации материнского организма к новым условиям существования, возникающим с развитием беременности.

:

Лечению в дневном стационаре подлежат возникшие по отдельности **(!)** *отеки, или протеинурия, или гипертензивные расстройства во время беременности* **(** *O10–O13***).** *Сочетание двух из них — это ПЭ легкой степени. Осложнение беременности также можно лечить в дневном стационаре. Более тяжелые формы ПЭ требуют лечения в круглосуточном стационаре.*

!

*Любые из этих симптомов, трактуемых ныне как отдельные рубрицированные в МКБ заболевания, — факторы риска***ЭКЛАМПСИИ** – . Для динамического контроля состояния беременной и эффективности лечения необходимо определение следующих показателей:

Диагностика при отеках, протеинурии и гипертонических расстройствах во время беременности **(** *O10 O13***)**

- : содержания тромбоцитов, билирубина общего и прямого, креатинина, мочевины, электролитов, общего белка, трансаминаз, глюкозы, величины гематокрита;

в крови

- : уровня ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка.

в моче

начинают в условиях дневного стационара, а при неэффективности осуществляют в акушерском круглосуточном стационаре. Количество выпиваемой жидкости не ограничивают.

Лечение

() ()

*Разгрузочные дни яблочный, кефирный день и др.***наносят вред** *не только организму беременной, нуждающемуся в сбалансированном питании белки, жиры, углеводы, витамины, микроэлементы и др., но и плоду.*

.

Применение диуретиков противопоказано

Лечение осуществляют под строгим динамическим наблюдением за состоянием беременной, проводят контроль массы тела и водного баланса. Выписка из стационара возможна после полного исчезновения отеков, нормализации массы тела и диуреза. .

При нарастании отеков на фоне проводимой терапии показана госпитализация в акушерский стационар

Лечение в дневном стационаре направлено:

- на создание лечебно-охранительного режима;
- устранение сосудистого спазма и снижение АД;
- нормализацию осмотического и онкотического давления;
- устранение гипоксии и метаболических нарушений;
- улучшение реологических свойств крови и нормализацию системы гемостаза;
- поддержание функции жизненно важных органов.

. Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендуется прием низких доз ацетилсалициловой кислоты (75–120 мг в день), начиная с 12-й и до 36-й недели беременности.

Медикаментозная терапия

Базовое: антигипертензивная терапия при диагностированной хронической артериальной гипертонии.

Лечение хронической артериальной гипертонии осуществляет врач-терапевт или кардиолог.

Лечение АГ в период беременности осуществляется четырьмя группами антигипертензивных препаратов, отвечающих критериям безопасности в период беременности (объем терапии определяет терапевт или кардиолог): метилдопа; антагонисты кальциевых каналов (нифедипин, верапамил); кардиоселективные β-адреноблокаторы (метопролол, бисопролол); вазодилататоры (нитропруссид натрия).

℘

принято считать осмоонкотерапию — это инфузии магния и восполнение дефицита белка (при гипопротеинемии). Доза магния сульфата определяется исходным уровнем АД и массой тела беременной (см. рекомендации в отношении ПЭ, эклампсии).

«Золотым стандартом»

Невынашивание беременности

Невынашивание беременности — самопроизвольное прерывание беременности до 37-й недели, считая с 1-го дня последней менструации. Прерывание беременности до 22-й недели называют ; при прерывании беременности в 22–37 нед речь идет о .

самопроизвольным выкидышемПР

Самопроизвольный выкидыш — самое частое осложнение беременности. Частота его составляет 10–20%. Около 80% спорадических выкидышей обусловлено хромосомными дефектами. Наиболее частыми типами хромосомных отклонений бывают аутосомные трисомии — 52%, полиплоидии — 22%, моносомии — 19%, другие формы — 7%. Среди других причин спорадического прерывания беременности — анатомические, инфекционные, эндокринные, токсические, иммунологические и иные факторы. Именно поэтому сохранение беременности в ранние сроки .

нецелесообразно и неэффективно

— спонтанное прерывание беременности 3 (2) раза и более на сроке до 22 нед. Его частота в популяции равна 2%, в структуре невынашивания беременности она колеблется от 5 до 20%.

Привычное невынашивание беременности

.

Диагностика вне беременности в условиях дневного стационара

- ГСГ на 18–20-й день цикла для исключения порока развития матки, внутриматочных синехий, ИЦН.
- Гистероскопия — для оценки состояния эндометрия.
- Биопсия и морфологическая оценка эндометрия.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

I триместр — наиболее сложный период беременности и во многом определяет ее течение. Не подлежат лечению и госпитализации пациентки со спорадическим невынашиванием. Госпитализация беременной не улучшает исходы при спорадическом невынашивании, оказывает отрицательное влияние на психологическое состояние женщины, «объявляя» ее больной.

Лечение в I триместре беременности.

При привычном невынашивании доказательную базу в качестве сохраняющей терапии имеют препараты прогестерона (дидрогестерон или микронизированный прогестерон) (см. раздел «Невынашивание беременности»).
Немедикаментозные методы терапии при привычном невынашивании
. Большое значение имеет эмоциональное напряжение беременной, неоднократное прерывание желанной беременности, страх перед новым выкидышем, неустойчивость семейных отношений и т.д. Именно поэтому патогенетически обоснованным является назначение электроаналгезии импульсными токами. Курс лечения составляет 8–10 процедур длительностью 1,0–1,5 ч.
Электроаналгезия
У большинства женщин наблюдается седативный эффект. Электроаналгезия позволяет уменьшить объем медикаментозной терапии, а в ряде случаев отказаться от нее.
. Гипербарическая оксигенация — лечение кислородом под повышенным давлением в барокамерах. Под давлением в условиях барокамеры кислород, растворяясь в плазме и межтканевой жидкости, попадает в органы и ткани, куда не доходит гемоглобин. Воздействие на организм беременной избыточного атмосферного давления в 1,3–1,5 атм в условиях барокамеры в течение 5–7 сеансов по 40 мин каждый показано и при других осложнениях беременности: СД, АГ и т.д.
Гипербарическая оксигенация
. В ранние сроки беременности у женщин с привычным невынашиванием оказывает положительный психологический эффект и рекомендуется у женщин с неустойчивым эмоциональным состоянием.
Иглорефлексотерапия
. Пациентки с однократным (спонтанным) прерыванием беременности преодолевают стресс, как правило, гиперреакцией, с привычным невынашиванием — гипореактивностью.
Психокоррекция
Профессиональная (дипломированный психолог в штате ЖК) психологическая диагностика личностных особенностей, локуса контроля должна быть использована в качестве метода для прогноза течения последующей беременности у женщин с привычным невынашиванием. На всех этапах лечения требуется психокоррекция, направленная на устранение личностного конфликта пациентки в формировании материнской доминанты и на коррекцию механизмов преодоления стресса.
Этиология ПР неизвестна. Именно поэтому средств профилактики и лечения не существует. При выявлении по данным УЗИ в 18–20 нед укорочения длины шейки матки (менее 25 мм) пациентке предлагают методы коррекции: назначение препаратов прогестерона, серкляж на шейку матки или акушерские пессарии. Эффективность данных методов составляет около 20–22%, поэтому оправдана и выжидательная тактика.
В условиях дневного стационара возможно лечение беременных с экстрагенитальными заболеваниями при условии совместного ведения со специалистами по профилю. Это оказывает благоприятное психологическое воздействие на беременную, так как нахождение в стационаре, например гематологическом (совместное пребывание с тяжелыми пациентками с заболеваниями крови), нежелательно.
Артериальная гипертензия и беременность
АГ — это повышение АД: систолического — выше 140 мм рт.ст. и более, диастолического — выше 90 мм рт.ст. и более у лиц, не принимающих гипертензивные препараты.
Помимо общеклинического исследования показаны электрокардиография, исследование глазного дна, эхокардиография, суточное мониторирование АД.
Важно! Измерение АД при помощи тонометра 4–8 раз в сутки не отражает истинную картину заболевания и не позволяет осуществить верный выбор препаратов.
Лечение осуществляет терапевт или . Цель лечения беременных с АГ — предупреждение осложнений, связанных с повышением АД.
В дневном стационаре для пациентки создают условия психоэмоционального покоя, подбирают диету, проводят контроль эффективности медикаментозной терапии и физиотерапию.
кардиолог
Немедикаментозное лечение:

- прекращение курения;
- сбалансированная диета без ограничения потребления поваренной соли и жидкости;
- умеренная физическая нагрузка, достаточный 8-часовой сон, желательно часовой дневной отдых.

Критерии назначения препаратов:

- максимальная эффективность для матери и безопасность для плода;
- начало лечения с минимальных доз одного препарата;
- переход к препаратам другого класса при недостаточном эффекте лечения (после увеличения дозы первого препарата) или плохой его переносимости.

Медикаментозное лечение
Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендуется прием низких доз ацетилсалициловой кислоты (75–120 мг в день) начиная с 12-й и до 36-й недели беременности.
Препараты для лечения АГ см. в главе «Акушерская помощь в женской консультации».
Физиотерапевтические процедуры включают в себя электросон, индуктотермию области стоп и голеней, диатермию околопочечной области.
Положительный эффект оказывает гипербарическая оксигенация.
(см. главу III) — анемия, развившаяся во время беременности. При выявлении железодефицита и железодефицитной анемии легкой степени госпитализация в дневной стационар не показана, так как прием препаратов железа внутрь осуществляется амбулаторно и длительно.
Анемия беременных
В целях быстрого восстановления гемоглобина крови, например в III триместре, при отсутствии эффекта или непереносимости пероральных препаратов, при наличии экстрагенитальных заболеваний (болезнь Крона, язвенно-некротический колит, ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки и др.), снижении гемоглобина менее 90–70 г/л парентеральное введение препаратов железа возможно в условиях дневного стационара терапевтом, гематологом и анестезиологом-реаниматологом.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

: снижение гемоглобина в сыворотке крови и в эритроцитах, микроцитоз эритроцитов.
Критерии диагностики
Помимо парентерального введения препаратов железа показано сбалансированное, богатое белком питание.
Ведение беременных с гестационным сахарным диабетом
ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных. Частота ГСД в общей популяции варьирует от 1 до 20%. Течение беременности при ГСД осложняется развитием ПЭ у 25–65%, эклампсии — у 2,9–3,7% женщин. Дистоция плечиков в родах достигает 6%, перелом ключицы у новорожденных — 19%. У большинства беременных заболевание протекает бессимптомно. Скрининг беременных (пероральный тест толерантности к глюкозе) и выявление ГСД возможны в дневном стационаре. Дальнейшее ведение беременных с ГСД — определение объема терапии (диета, инсулины и другие препараты), обучение беременных — в условиях дневного стационара осуществляет эндокринолог.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Хирургическая помощь в женской консультации
Хирургическое лечение доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки
— процедура прижизненного забора ткани для выявления патологических или предраковых состояний или РШМ. Манипуляция используется для забора образца тканей в целях дальнейшего гистологического тестирования или для полного удаления измененных тканей. Может быть выполнена несколькими способами.
Биопсия шейки матки
к биопсии шейки матки являются любые изменения структурных характеристик шейки матки, требующие гистологической верификации диагноза, кроме того:
Показаниями

- аномальный результат ПАП-теста;
- аномальные кольпоскопические картины;
- расхождение результатов цитологического метода исследования и расширенной кольпоскопии.

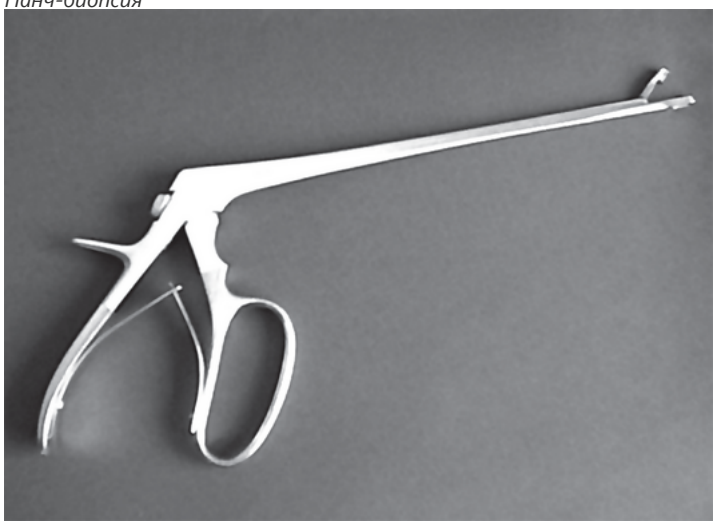
для биопсии шейки матки являются:

Противопоказанием

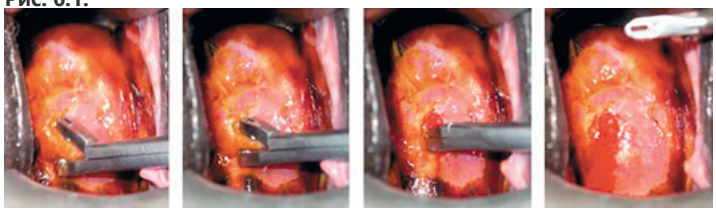
- воспалительные заболевания нижних половых путей в острой фазе;
- острый вагинит;
- острый цервицит;
- наличие ИППП.

Виды биопсии шейки матки

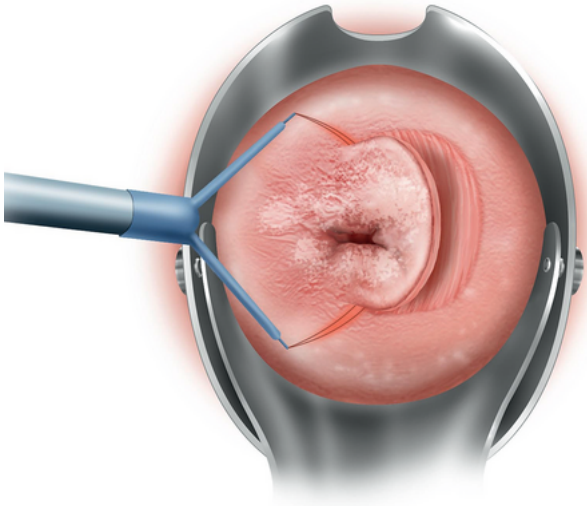
Существуют диагностические () и лечебные () виды биопсии шейки матки. При первом варианте производится забор лишь небольшого участка тканей для последующего гистологического исследования. ограниченная кольпоскопически направленная биопсия для повышения достоверности результатов предусматривает забор нескольких биоптатов из участков с наиболее выраженными изменениями: вначале из задней губы шейки матки, чтобы истекающая кровь не мешала забору биоптатов, затем — из передней губы, но непременно — из зоны стыкующихся эпителиев — плоского и цилиндрического. биопсия шейки матки предполагает не только диагностическую, но и лечебную цель. Осуществляется полноценное иссечение всех пораженных патологическим процессом участков. Выбор способа получения гистологического образца зависит от степени тяжести поражения, типа ЗТ, возраста пациентки и реализованности репродуктивной функции.
*прицельнаяхирургическая***ПрицельнаяЭксцизиционная**
. Подобная манипуляция позволяет при помощи специальных щипцов с округлым лезвием удалить фрагмент патологической ткани. Одна или несколько биопсий могут быть осуществлены на разных участках шейки матки (рис. 6.1, 6.2).
Панч-биопсия



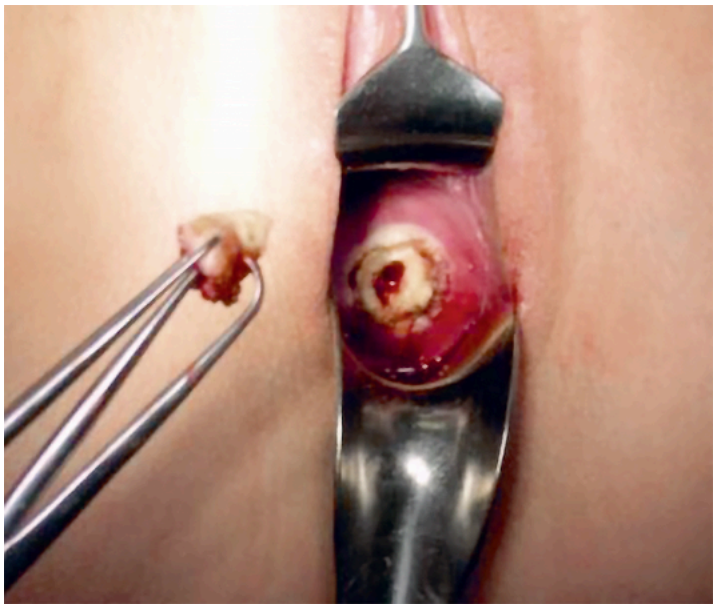
Щипцы для панч-биопсии (не путать с конхотомом; его использование для биопсии шейки матки категорически запрещено, и в случае пропущенной неоплазии врач будет обвинен в ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей)
Рис. 6.1.



На фото щипцы диаметром 3 мм для прицельной панч-биопсии шейки матки
Рис. 6.2.
проводится разными инструментами и различается по технике выполнения. По виду энергии и инструмента эксцизионная биопсия может быть . Наиболее приемлемые для исследования биоптаты получаются при использовании петлевых электродов электрорадиохирургических и радиоволновых аппаратов. Гистологическая верификация диагноза немыслима без сохранения неповрежденной ожогом ткани (диатермия, лазер СО-2, криодеструкция).
Расширенная биопсия электрохирургической, лазерной, радиоволновой и холодноножевой
(петлевая электрохирургическая эксцизия или электрохирургическая петлевая эксцизия ЗТ) — это иссечение аномальной ткани тонкими проволочными петлями различных размеров и форм с захватом части цервикального канала разной глубины. Эффективность хирургических методов лечения достигает 87–98% (рис. 6.3, 6.4).
Петлевая эксцизия шейки матки



Петлевая эксцизия шейки матки — LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) (петлевая электрохирургическая эксцизия)
Рис. 6.3.



На фото — конус, удаленный методом радиоволновой конизации шейки матки
Рис. 6.4.
Показания к петлевой электрохирургической эксцизии/электрохирургической петлевой эксцизии ЗТ/ЭХВЧ-конизации:

- HSIL-цитологически подтвержденные или обнаруженные гистологическим исследованием биоптата [CIN II–III/преинвазивный рак ()];

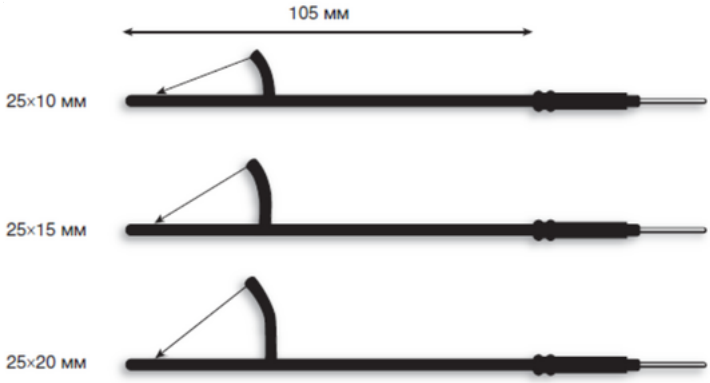
carcinoma in situ
- многократное обнаружение неоплазии 2-го и 3-го типов;
- распространение неоплазии в цервикальный канал;
- несоответствие результатов цитологического, кольпоскопического и гистологического исследований;
- подозрение на микроинвазивный рак;
- рецидив CIN.

В настоящее время, согласно КР (2017), адекватным лечением пациенток с CIN III/преинвазивным раком () и РШМ стадии Ia1 без лимфоваскулярной инвазии, обнаруженных в конусовидно иссеченной ткани шейки матки, является шейки матки с выскабливанием цервикального канала.
*carcinoma in situ***конизация**
 — хирургическая процедура, направленная на удаление из шейки матки конусообразного участка ткани. Этот участок содержит в себе патологически измененную ткань и часть канала шейки матки (цервикального канала). При конизации обязательно иссекается вся ЗТ с переходной зоной и частью вышележащих эндоцервикальных крипт.
Конизация шейки матки
:
Условия

- при ЗТ 1-го типа глубина иссечения должна быть не менее 7 мм вне зависимости от ее размера;
- при ЗТ 2-го типа — не менее 10 мм;
- при затруднении полноценной визуализации стыка эпителиев и при наличии эндоцервикального компонента — не менее 15 мм. Выбор диаметра петли зависит от площади поражения. Рекомендуется удаление неоплазий одним образцом (единым блоком), но при невозможности допускаются дополнительные манипуляции с глубиной удаления при каждой до 7 мм (рис. 6.5).

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Если у женщин с подозрением на рецидив CIN с конизацией шейки матки в анамнезе по результатам гистологического исследования в краях биоптата шейки матки или в соскобе из оставшейся части цервикального канала обнаруживаются дисплазия или атипические клетки, риск остаточной опухоли достаточно высокий, и прежде чем определять дальнейшую тактику лечения, необходима реконизация.



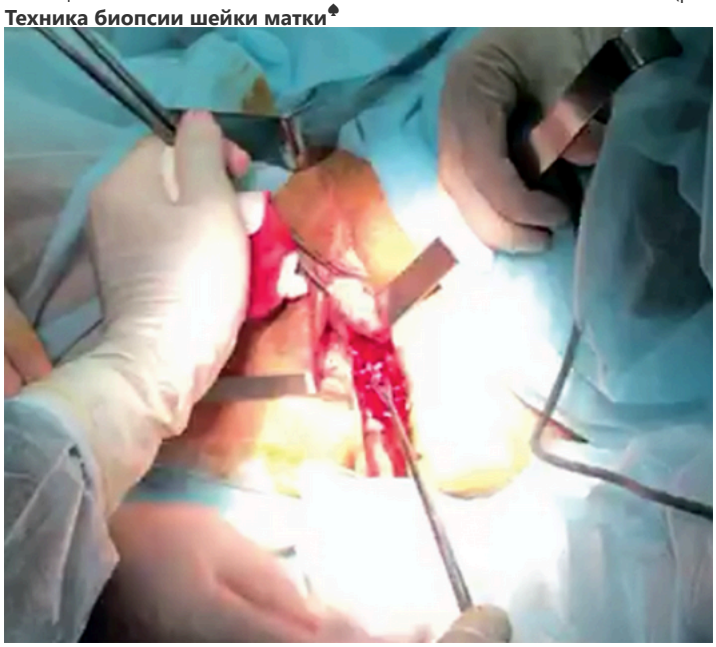
Варианты петель для конизации шейки матки
Рис. 6.5.
. Манипуляция цервикального кюретажа осуществляется для выявления предраковых состояний или злокачественной трансформации эпителия цервикального канала.
Выскабливание слизистой оболочки цервикального канала
:
Показания

- аномальные изменения клеток в мазках из цервикального канала;
- рецидив CIN после конизации;
- аномальная кольпоскопическая картина.

,
Однако чувствительность этого теста как монодиагностического метода, по последним данным, не превышает 50%
https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71716538/ — 8041*по этой причине целесообразно осуществлять выскабливание стенок цервикального канала после расширенной петлевой эксцизии ЗТ или конизации/реконизации для исключения распространения неопластических процессов выше изъятого конуса.*

. В асептических условиях и под локальной анестезией (раствор лидокаина 2% 2 мл) проводят расширенную кольпоскопию. Для удобства выполнения и хорошей визуализации необходимо предварительно удалить слизь. Максимально адекватный забор материала при биопсии осуществляется после обработки шейки матки раствором уксусной кислоты. Перед выполнением манипуляции для детальной оценки зоны поражения и во избежание рисков неполного иссечения внимательно изучается стык эпителиев, состояние сосудов и с максимальной площади забирается фрагмент ткани единым блоком. Полученные биоптаты погружаются в 10% раствор формальдегида (Формалин) и направляются на гистологическое исследование. Обязательным условием манипуляции служит предварительное ознакомление с биоценозом и его восстановление после излечения шейки матки (рис. 6.6).

Техника биопсии шейки матки



Выскабливание цервикального канала кюреткой № 1 после конизации шейки матки

Рис. 6.6.

Гистологическое исследование завершает диагностику заболевания шейки матки. Сочетание поражений разной степени и сокрытие в канале наиболее тяжелых повреждений нередко приводят к расхождению данных прицельных биопсий с недооценкой степени неоплазии по сравнению с результатами последующей эксцизии.

Оценка эффективности лечения HSIL проводится через 6 и 12 мес после деструкции/эксцизии на основании ПАП-теста, ВПЧ-теста и кольпоскопии. Два последовательных отрицательных результата комбинированного тестирования указывают на отсутствие поражения. Положительный ВПЧ-тест, даже при адекватных результатах цитологического теста, может свидетельствовать о неадекватной эксцизии.

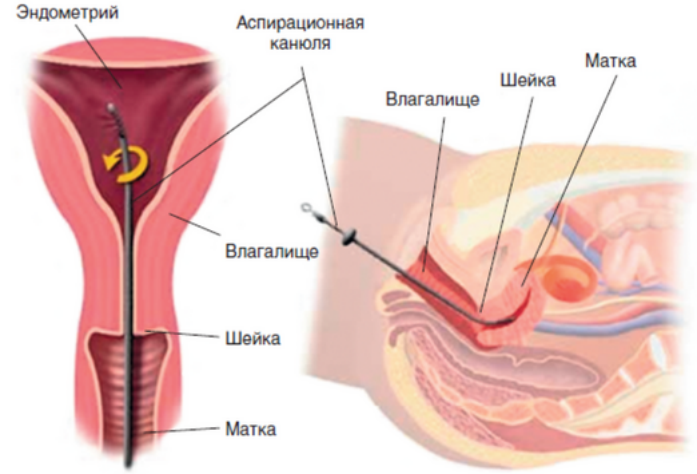
. Выполнение биопсии шейки матки регламентировано КР МЗ РФ «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки».

Комментарий

Аспирационная биопсия эндометрия

— манипуляция, позволяющая получить образец ткани эндометрия для дальнейшего морфологического исследования. За последнее десятилетие стала привлекательной для ранней диагностики поражений эндометрия. Этот быстрый и неинвазивный метод, который может быть выполнен амбулаторно и в условиях дневного стационара, без анестезии, используется с 1984 г. Манипуляция осуществляется при помощи гибкой, простой в обращении, практичной и недорогой полипропиленовой канюли. Вскоре после введения аспирационной биопсии в практику она была быстро ассимилирована несколькими странами для оценки АМК репродуктивного периода и постменопаузы, и в настоящее время является наиболее часто используемым методом амбулаторной биопсии эндометрия в США, Англии, Нидерландах и др. Аспирационная биопсия очень популярна из-за простоты выполнения и высокой точности, особенно в диагностике РЭ. Чувствительность и специфичность метода — 83–89 и 92–100% соответственно (рис. 6.7).

*Аспирационная биопсия эндометрия***аспирационная биопсия альтернативой кюретажу**



Аспирационная биопсия эндометрия

Рис. 6.7.

:

Показания

- подозрение на пролиферативные болезни эндометрия;
- оценка состояния рецептивности эндометрия в период имплантационного окна (19–21-й день менструального цикла);
- оценка эффективности гормональной терапии;
- подозрение на РЭ (по данным УЗИ);
- АМК (в целях исключения пролиферативных и канцерогенных трансформаций);
- сомнительные или трудно интерпретируемые данные УЗИ.

:

Противопоказания

- воспалительные заболевания влагалища и шейки матки (острый вагинит, цервицит);
- беременность.

:

Условия для аспирационной биопсии — удовлетворительные показатели таких исследований, как

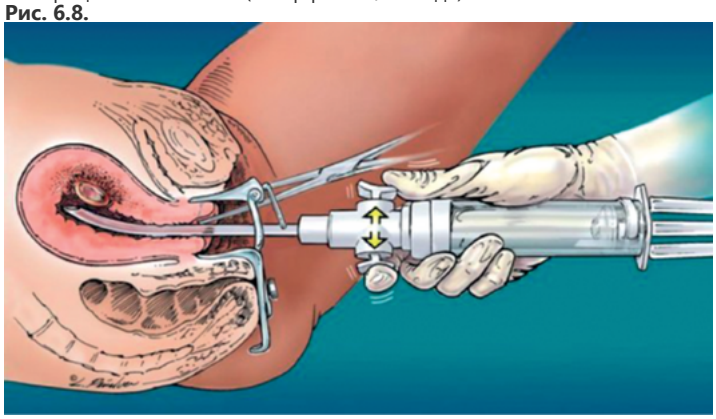
- общий анализ крови;
- анализы крови на ВИЧ, гепатит В и С, RW;
- мазок на флору;
- результаты трансвагинального УЗИ.

У женщин репродуктивного возраста в целях диагностики пролиферативных болезней эндометрия манипуляция проводится на 5–7-й день цикла, у женщин постменопаузального возраста — в любое время (рис. 6.8, 6.9). Однако в зависимости от предполагаемого заболевания следует придерживаться следующих :
рекомендаций

- при бесплодии с подозрением на ановуляторный цикл и/или недостаточность секреторной трансформации аспират целесообразно брать в II фазу менструального цикла;
- в целях определения рецептивности эндометрия аспират следует брать на 19–21-й день менструального цикла;
- в целях оценки адекватности реакции эндометрия фазе менструального цикла аспират лучше брать на 17–24-й день;
- для диагностики новообразований аспират эндометрия можно брать в любой день цикла.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Аспирационная канюля (Rampipella-1/2 входа) пайпель
Рис. 6.8.



Аспирационная биопсия эндометрия аспиратором Ipas MVA Plus
Рис. 6.9.

Техника аспирационной пайпель-биопсии

Манипуляция осуществляется одноразовой аспирационной канюлей Пайпеля, состоящей из гибкой трубки с поршнем внутри и отверстием сбоку на конце. Диаметр канюли составляет всего 3 мм, что позволяет выполнять манипуляцию через шеечный канал без расширения. После соответствующей обработки наружных половых органов и шейки матки манипуляцию следует начинать с зондирования. После него врач вводит канюлю и перемещает ее по стенкам полости матки, параллельно вытягивая поршень на себя. Создающееся отрицательное давление позволяет фрагментам эндометрия поступать в полость инструмента. Для аспирационной биопсии могут быть использованы также шприц-аспиратор Ipas MVAPlusTM, шприц Брауна и др. Образцы тканей наносятся на предметное стекло и направляются на цитологическое исследование и/или морфологическое исследование, для которого препарат предварительно погружают в 10% раствор формальдегида (Формалин).
♠

Наличие в препарате активно пролиферирующих клеток эндометрия в комплексных железистоподобных структурах является морфологическим признаком гиперпластических процессов эндометрия. При атрофии в препарате клеток эндометрия мало, они мелкие, мономорфные, расположены разрозненно, что свидетельствует об атрофии эндометриальных желез.
Интерпретация результатов.
Офисная гистероскопия
— малоинвазивная методика визуальной оценки цервикального канала и полости матки, широко применяемая в современной рутинной гинекологической практике. Выделяют и (при наличии хирургического чехла) офисную гистероскопию. Сущность метода состоит в осмотре цервикального канала и расширенной жидкостью полости матки оптическим прибором (гистероскопом). Это «золотой стандарт» диагностики внутриматочных болезней, поскольку диагностическая точность его достигает 90%. Основные задачи современной офисной гистероскопии — диагностика и лечение внутриматочных заболеваний.
Офисная гистероскопия диагностическуюоперативную
Показания для диагностической офисной гистероскопии.

- Образования в полости матки:

- экзофитные пролиферативные образования эндометрия (например, полип);
- образования миометрия (например, субмукозная лейомиома);
- остатки плодного яйца;
- инородное тело (например, остатки удаленной ВМК) или его дислокация.
- АМК:

- репродуктивного периода;
- перименопаузы и/или постменопаузы.
- Аномальное утолщение эндометрия:

- гиперплазия;
- подозрение на озлокачествление эндометрия.
- Подозрение на бесплодие или неудачи имплантации:

- повторные неудачи имплантации;
- привычное невынашивание беременности;
- подозрение на маточный фактор бесплодия.
- Подозрение на пороки развития матки:

- атрезия шейки матки;
- двурогая матка;
- внутриматочная перегородка.
- Подозрение на внутриматочные синехии и/или синдром Ашермана.
- Последующее (медицинское или хирургическое) наблюдение на фоне терапии:

- РЭ с сохранением фертильности;
- пациентки с РМЖ, проходящие лечение тамоксифеном;
- контроль излеченности атипической ГЭ.
- Контрольное обследование пациенток после внутриматочных хирургических процедур:

- миомэктомии: для 0–3-го типа;
- иссечения перегородки матки;
- адгезиолизиса.
- Другие заболевания, признаки которых лоцируются в полости матки.

:

Показания для операционной офисной гистероскопии

- удаление полипа эндометрия;
- удаление слоя эндометрия;
- разделение синехий;
- иссечение внутриматочной перегородки;
- миомэктомия 0–2-го типа;
- абляция эндометрия;
- восстановление просвета проксимального отдела маточных труб.

Гибкий волоконно-оптический гистероскоп небольших диаметров (3,2–3,5 мм) с наконечником, отклоняемым в диапазоне 90–120°, и жесткий стержнево-линзовый гистероскоп используются в сочетании с полужесткими инструментами (ножницы, зажимы и щипцы для биопсии) для ряда хирургических процедур, таких как, например, полипэктомия или адгезнолизис. Средний балл боли во время манипуляции не превышает 3,57 из 10 (3,48–3,66) и 0,89 (0,83–0,95), зафиксированный через 5 мин после ее завершения (Capmas P., 2016. Исследование 2402 женщин при офисной гистероскопии без анестезии).

. Основное противопоказание к гистероскопии — острые ВЗОМТ, в том числе цервицит и вульвовагинит. Тяжелая метроррагия также может быть относительным противопоказанием для экстренной гистероскопии. При отсутствии императивных показаний следует отложить вмешательство и провести его после восстановления основных показателей гомеостаза.

Противопоказания

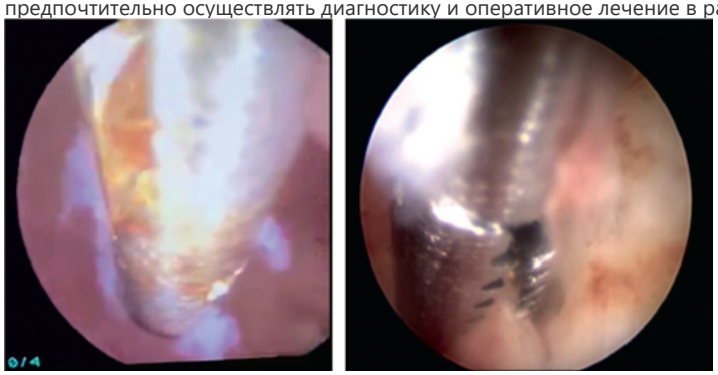
. Для детальной оценки состояния цервикального канала, полости матки и эндометрия необходимо применять гистероскоп, позволяющий получить панорамное высококачественное изображение. После инсуффляции среды, необходимой для дилатации полости матки, гистероскоп последовательно медленно продвигают по цервикальному каналу, затем по полости матки и на расстояние до 2 см от дна, одновременно вращая инструмент на 90°, что позволяет визуализировать устья и проксимальные отделы маточных труб по мере повышения внутриматочного давления.

Техника диагностической офисной гистероскопии

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

При сопротивлении прохождению перешейка необходимо вывести инструмент на несколько миллиметров в обратном направлении, скорректировать положение гистероскопа вращением вокруг продольной оси и сориентировать дистальный конец прибора таким образом, чтобы продолжить беспрепятственное дистальное продвижение инструмента. Если ощущается существенное препятствие продвижению гистероскопа, не следует форсировать введение инструмента в полость матки, поскольку существует значимый риск перфорации. Необходимо прервать диагностическое вмешательство и запланировать гистероскопию повторно, после необходимой дополнительной премедикации и подготовки набора соответствующих инструментов для возможного оперативного вмешательства.

По окончании осмотра цервикального канала и полости матки получают образцы эндометрия с помощью одноразовой аспирационной канюли, щипцов для прицельной биопсии. При обнаружении органической причины цервикального и/или маточного фактора бесплодия предпочтительно осуществлять диагностику и оперативное лечение в рамках одного малоинвазивного вмешательства (рис. 6.10).



Прицельная биопсия эндометрия в целях исключения пролиферативных болезней эндометрия

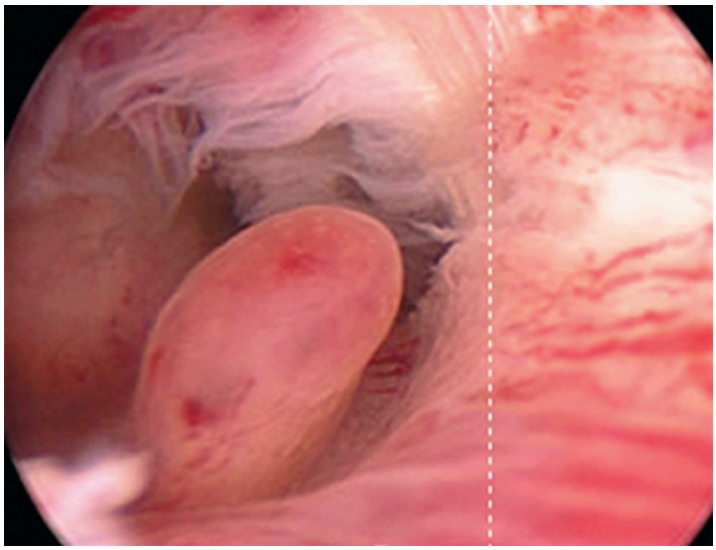
Рис. 6.10.

Гистероскопическая картина некоторых внутриматочных заболеваний

Полипы

— это экзофитное поражение слизистой полости матки. Полипы отличаются многообразием и различаются по количеству, размеру, внешнему виду и форме, могут также сочетаться с железистой ГЭ. При визуальной оценке поверхностный эпителий полипа похож на эпителиальные клетки окружающего эндометрия, его также отличает мягкость при прикосновении к нему дистального конца гистероскопа (рис. 6.11).

Полип эндометрия

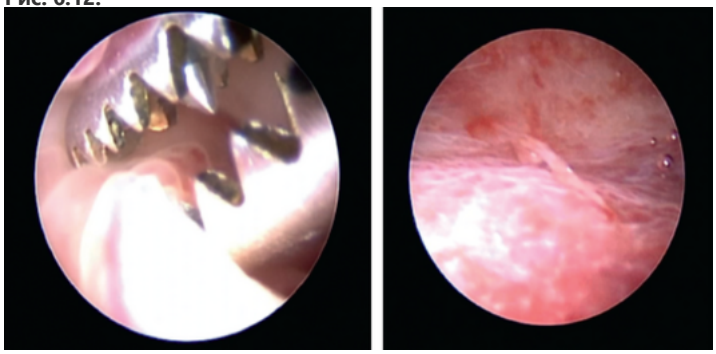


Гистероскопическая картина полипа эндометрия
Рис. 6.11.
Полип цервикального канала может быть легко верифицирован в ходе офисной гистероскопии. Визуальная картина характеризуется схожестью с окружающим эпителием эндоцервикса. В просвете цервикального канала может быть также визуализирован полип, имеющий кистозную структуру. Такой полип отличает гладкая выпуклая блестящая поверхность, тонкий слой поверхностного эпителия и близость подлежащих сосудов.
. Схожесть с внешним видом нормального железистого эпителия и разнообразие картин затрудняет визуальную оценку ГЭ (рис. 6.12, 6.13).
Гистероскопически можно выделить несколько типичных вариантов ГЭ:
ГЭ

- увеличение толщины;
- кистозные структуры;
- негомогенная регенерация;
- гиперваскуляризация;
- наличие мерцательного эпителия;
- широкие выводные протоки желез;
- неправильное расположение отверстий желез.

Наличие одного или нескольких вышеперечисленных признаков — основание для прицельной биопсии эндометрия.

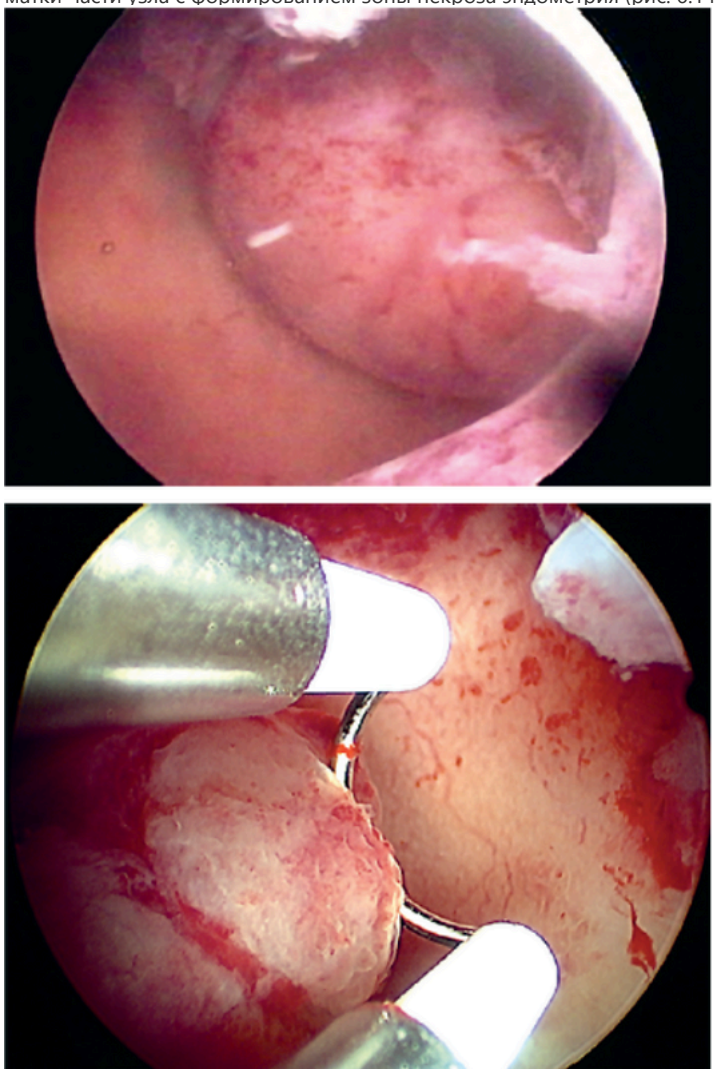
Гистероскопическая картина диффузной гиперплазии эндометрия
Рис. 6.12.



Очаговая гиперплазия эндометрия и ее прицельная биопсия
Рис. 6.13.
Миома матки
Гистероскопическое изображение узлов миомы отличается вариабельностью и определяется степенью протрузии узла в полость матки. Классификация узлов миомы с подслизистой локализацией также определяется данным фактором (табл. 6.2).
Классификация узлов миомы при внутриматочном расположении
Таблица 6.2.
ESH FIGO
Степень
Расположение узла миомы
Степень
Расположение узла миомы

G0	Рост ограничен полостью матки, стебельчатые или с ограниченным основанием	0	Подслизистая миома на ножке, полностью локализованная в матке
G1	Узел с частично интрамуральным компонентом (внутриполостной компонент >50%), угол протрузии между миомой и стенкой матки <90°	I	Интрамуральная миома, выступающая в полость матки >50%
G2	Узел с преимущественно интрамуральным компонентом (внутриполостной компонент <50%), угол протрузии между миомой и стенкой матки >90°	II	Интрамуральная миома, выступающая в полость матки <50%
–	–	Гибридный	Вовлечены эндометрий и серозная оболочка. В коде указывают две цифры через дефис. Первая цифра отображает связь с эндометрием, вторая — с серозной оболочкой

Визуальная картина определяется типом узла миомы. В целом узел миомы представлен образованием округлой формы белесоватого цвета, имеющим волокнистую структуру. В ряде случаев капсула узла также доступна для визуальной оценки. Стебельчатая миома матки имеет стебель различной длины, представленный гиперваскулярной соединительной тканью (степень G0/степень 0). В некоторых случаях эндометриальная поверхность узла миомы имеет дольчатую структуру и перламутровый цвет поверхности; могут визуализироваться и сосуды (степень G1/степень I). В ряде случаев поверхность узла миомы выглядит гладкой и блестящей, покрыта однородным слоем эндометрия, идентичным по визуальной картине с окружающим эндометрием (степень G2/степень II, гибридный). При наличии в полости матки узла миомы больших размеров в ряде случаев происходит компрессия слоя эндометрия в проекции максимально вдающейся в просвет полости матки части узла с формированием зоны некроза эндометрия (рис. 6.14).



Гистероскопическая картина субмукозной миомы матки
Рис. 6.14.

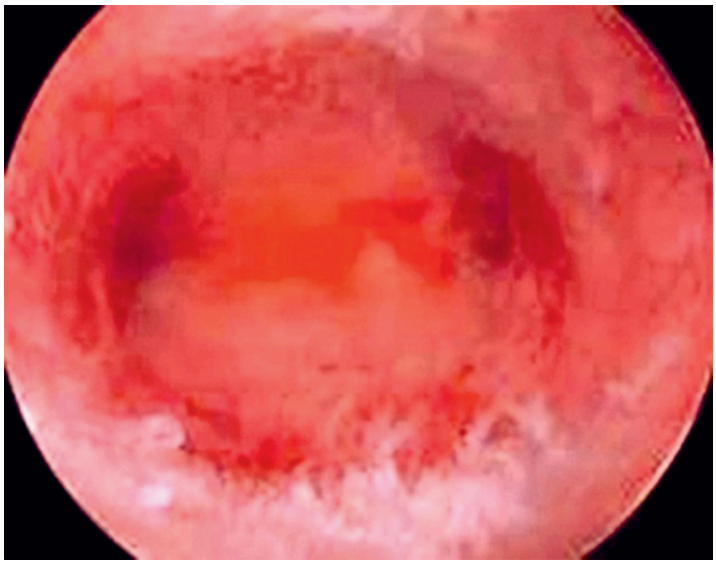
Хронический эндометрит

При асептическом воспалении и синдроме регенераторно-пластической недостаточности эндометрий имеет неспецифическую визуальную картину: ее отличает малая толщина слоя эндометриального эпителия в среднюю пролиферативную фазу, сквозь него могут просвечивать расположенные ниже сосуды, встречаются очаги фиброза. В случаях атрофии эндометрия тяжелой степени эпителиальный слой может выглядеть белесоватым и быть малопрозрачным. При гистероскопической оценке эндометрия в имплантационное окно (19–22-й день менструального цикла) наряду с участками атрофичного эндометрия можно обнаружить асинхронное созревание эндометрия, недостаточное количество эндометриальных желез, очаги гиперплазии.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Однако в целом гистероскопия обладает идля диагностики хронического эндомиометрита (20,0%). Макроскопически могут определяться признаки воспалительной реакции эндометрия — утолщение, отек и гиперемия слизистой оболочки, множественные полипы малых размеров (<1 мм), имеющие нежную полупрозрачную структуру (рис. 6.15).

невысокой чувствительностью специфичностью



Гистероскопическая картина хронического эндометрита

Рис. 6.15.

По данным U. Indraccolo и соавт., офисная гистероскопия играет ключевую роль при выявлении , особенно у пациенток с бесплодием, хроническим эндомиометритом.

внутриматочных патологических изменений

Синехии

У женщин с механической травмой полости матки в анамнезе (хирургические опорожнения, гистероскопическое удаление миомы матки и др.) могут формироваться сращения стенок цервикального канала и/или полости матки. Диагностика синехий цервикального канала или его атрезии не вызывает трудностей при гистероскопии.

С 2015 по 2020 г. на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии нами было выполнено 595 эндоскопических операций по поводу внутриматочных синехий у пациенток репродуктивного возраста.

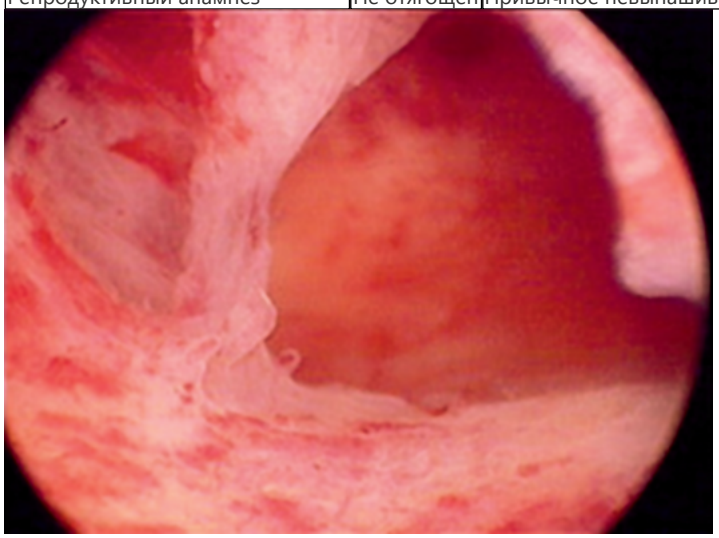
В связи с накопленным опытом предложена собственная клинико-гистероскопическая классификация оценки степени тяжести внутриматочных адгезий (табл. 6.3).

Классификация адгезивно-фиброзивных поражений эндометрия (Оразов М.Р., Радзинский В.Е., 2020)

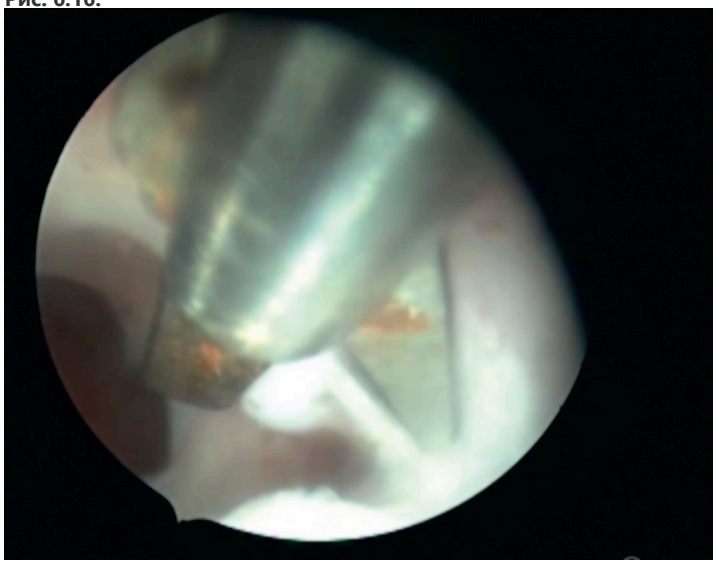
Таблица 6.3.

Характеристика нарушений	**Степень тяжести внутриматочных адгезий**		
	легкая	**умеренная**	**тяжелая**
Гистероскопические критерии			
Пленчатые/тонкие синехии (по характеру адгезии)	Занимают <50% площади полости матки	Занимают >50% площади полости матки	Вариабельная распространенность и локализация (от 35 до 80%)
Плотные синехии (по характеру адгезии)	Не визуализируются	Единичные тяжи преимущественно пристеночной локализации/единичные центральные тяжи	Множественные тяжи центральной и пристеночной локализации
Визуализация устьев маточных труб	Устья маточных труб визуализируются	Оба устья маточных труб не визуализируются	Оба устья маточных труб не визуализируются
Атрофия эндометрия	В большинстве случаев не наблюдается/незначительная очаговая атрофия эндометрия	Атрофия <50% поверхности эндометрия	Атрофия >50% поверхности эндометрия
Вовлеченность полости матки в спаечный процесс (корпоральный фиброз), %	<30	30–60	>60
Фиброз перешеечного отдела матки (истмический фиброз)	Отсутствует	Изолированная/сочетанная (с вовлечением полости матки), частичная облитерация	Сочетанная полная облитерация
Фиброз цервикального канала (цервикальный фиброз)	Отсутствует	Изолированная/сочетанная (с вовлечением полости матки), частичная облитерация	Сочетанная полная облитерация

Клинические критерии			
Нарушения менструального цикла	Отсутствуют	Гипоменорея	Аменорея
Репродуктивный анамнез	Не отягощен	Привычное невынашивание/бесплодие	Бесплодие



Гистероскопическая картина внутриматочных синехий
Рис. 6.16.



Гистероскопическое разделение синехий
Рис. 6.17.

Гистероскопическая картина внутриматочных синехий отличается выразительностью. Визуализируются перемычки различной толщины, соединяющие противоположные и/или смежные стенки матки. Толщина этих сращений определяется их гистологической структурой. Тонкие пленчатые синехии формируются с участием поверхностного слоя эндометрия, имеют белесоватый цвет и достаточно легко разрушаются дистальным концом гистероскопа. Сращения, имеющие соединительнотканную структуру, отличаются значительно большей толщиной, их поверхность может быть покрыта эпителиальным слоем, идентичным окружающему эндометрию, и содержать четко видимые сосуды. Грубые соединительнотканные синехии значимо деформируют нормальную анатомию матки и должны быть рассечены с помощью гистерорезектоскопа, кроме случаев тотальной рецидивирующей облитерации полости матки (рис. 6.16, 6.17).

Гистероскопия — малоинвазивный метод диагностики и оперативного лечения. Степень риска определяется квалификацией и опытом хирурга, тяжестью патологического процесса, полнотой оснащенности инструментарием для оперативного вмешательства, выбором времени для выполнения гистероскопии (в плановом или экстренном порядке). По времени возникновения выделяют осложнения и проявившиеся в периоде (табл. 6.4).

интраоперационныепослеоперационном

Общий перечень всех возможных осложнений офисной гистероскопии
Таблица 6.4.

Осложнения	
интраоперационные	**послеоперационные**
Перфорация шейки и тела матки	Инфекция
Травма органов брюшной полости	Кровотечение
Кровотечение	Интравазация и гипергидратация
Интравазация и гипергидратация	Ожоговое повреждение смежных органов
Локальное ожоговое поражение стенки матки	Внутриматочные синехии

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Осложнения

.

Ключевые и операционные осложнения офисной гистероскопии и их профилактика и лечение

1. Гипергидратация и гипонатриемия.

Профилактика:

- строгий контроль гидратации и гистероскопического дефицита жидкости;
- максимальный дефицит жидкости с низким содержанием электролита: 1000 мл (у здоровых людей);
- максимальный дефицит электролитсодержащих жидкостей: 2500 мл (у здоровых людей):

- раствор электролита: рассмотрите возможность остановки при дефиците 2000 мл;
- рассмотрите более низкие пороги для пожилых, пациенток с сердечно-сосудистыми или почечными сопутствующими заболеваниями или когда лабораторные услуги/варианты неотложной помощи ограничены.

Лечение:

- гипертонический солевой раствор и диуретики (например, фуросемид);
- повышение уровня натрия в сыворотке крови на 1–2 мг-экв/л в час;
- внимание: не увеличивать уровень натрия более чем на 12 мг-экв/л в первые 24 ч.

2. Кровотечение.

Лечение:

- электрохирургическая коагуляция, если выявлены точные места кровотечения;
- введение вазопрессина в шейку матки;
- использование баллонной тампонады катетером Фолея или бимануальной компрессии матки;
- хирургический подход; в качестве крайней меры включает:

- лапароскопическое ушивание перфорации;
- гистерэктомию;
- эмболизацию маточной артерии.

3. Перфорация матки.

Профилактика:

- выполнение тщательного обследования органов малого таза перед манипуляцией;
- при необходимости УЗ-контроль исследования;
- лечение;
- перфорация по средней линии тела матки редко дает серьезные осложнения, если не используется лазер или электрохирургия;
- латеральные перфорации (по боковым стенкам тела матки) несут в себе риск забрюшинных гематом;
- немедленная остановка гистероскопии, если произошла перфорация;
- при необходимости использование гистероскопии для определения:

- любой травмы кишечника и/или мочевого пузыря;
- гематомы.

4. Эмболизация воздухом/СО.
2
Профилактика:

- тревожащие симптомы включают в себя:

- одышку;
- боль в груди;
- снижение сатурации О;

2
- шумы в сердце;
- гипотензию;
- аритмию (например, тахикардию/брадикардию).

Лечение:

- положение лежа на левом боку с опущенной на 5° головой;
- аспирация воздуха из правого желудочка с помощью кардиоцентеза или катетеризации яремной вены.

Следует стремиться к замене газовых сред для дилатации полости матки жидкостными, к применению биполярных электродов для эндоскопической малоинвазивной внутриматочной хирургии; более активно переходить к применению офисной гистероскопии.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Гистеросальпингография
— рентгенологический метод исследования цервикального канала, полости матки, маточных труб и брюшной полости с использованием контрастного вещества. Процедура проводится с минимальным радиационным воздействием, необходимым для обеспечения достаточных анатомических деталей для диагностики. При выборе данного метода диагностики следует основываться на опыте и хорошем понимании относительных достоинств других функциональных исследований, таких как сонография, гистеросонография, КТ, МРТ. Важно помнить, что ожидаемая польза от диагностического исследования всегда должна перевешивать любой потенциальный риск для пациента.
ГСГ
:
Показания к ГСГ включают в себя, но не ограничиваются следующим

- женским бесплодием;
- послеоперационной оценкой процедуры стерилизации маточных труб;
- врожденными пороками развития матки;
- обследованием перед использованием ВРТ в целях исключения трубного фактора;
- миомой матки в целях исключения деформации полости.

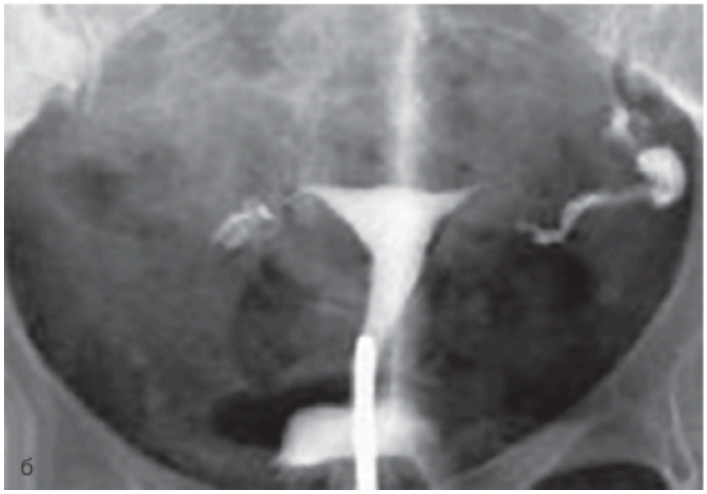
:
Противопоказания

- беременность;
- ВЗОМТ в период обострения;
- вагинальные кровотечения неясного генеза;
- общие инфекционные процессы в организме (грипп, ангина, ринит, тромбофлебит, фурункулез);
- тяжелые заболевания паренхиматозных органов в стадии декомпенсации (печени, почек), заболевания сердечно-сосудистой системы, гипертиреоз;
- стеноз шейки матки (при необходимости следует рассмотреть предварительное лечение);
- аллергические реакции на йод в анамнезе.

Техника гистеросальпингографии
После обработки наружных половых органов дезинфицирующим раствором и оценки состояния и положения матки во влагалище вводят ложкообразные зеркала. Его стенки сначала вытирают сухим ватным шариком, а потом обрабатывают шариком, смоченным спиртом. Переднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами, не прокалывая богатую рецепторами слизистую оболочку цервикального канала. Перед началом исследования следует удалить весь воздух из канюли, зафиксировав ее в вертикальном положении. В асептических условиях наконечник вводится в цервикальный канал. Вводится соответствующий объем (обычно от 10 до 30 мл) контрастного вещества под снимочным или непрерывным телевизионным рентгеноскопическим контролем (в зависимости от оснащенности). В случае возникновения картины гидросальпинкса следует избегать чрезмерного расширения маточных труб и получить повторное изображение с задержкой в 10 мин. Допустима селективная катетеризация маточных труб для дифференциальной диагностики между спазмом и полной обструкцией. Контраст следует вводить медленно, чтобы избежать спазма и дискомфорта. Допустимы дополнительные манипуляции для достижения комфорта пациентки, такие как использование подогретого или пластикового зеркала, катетера с жесткой защитной оболочкой, дорсального литотомического позиционирования. Обычно не требуется седации или обезболивания, однако в случае необходимости может быть использован местный анестетик, например лидокаин в виде крема или инъекции перед началом исследования.
Используемое контрастное вещество
Для выполнения ГСГ могут быть использованы различные масляные и водорастворимые контрастные вещества. Исследователи отмечают более высокую лечебную эффективность ГСГ при использовании масляных рентгеноконтрастных растворов: от 10 до 22% женщин после исследования самостоятельно беременеют. Применение водорастворимых контрастов позволяет получить снимки лучшего качества, поскольку более плотные масляные контрасты могут скрывать мелкие детали в полости матки и складках слизистой оболочки маточных труб. Наиболее часто применяют водорастворимые контрастные средства: 50, 70% растворы кардиотраста, 60, 76% растворы натрия амидотризоата, 60, 70% растворы уротраста, 76% раствор верографина.
℘℘℘
Интерпретация результатов гистеросальпингографии
Достоверность ГСГ напрямую зависит от техники выполнения и специалиста, интерпретирующего результаты. Для снижения доли ошибочных результатов необходимы адекватное исполнение манипуляции и большой опыт врача.
На рентгенограммах в норме (рис. 6.18) полость тела матки имеет форму равнобедренного треугольника, расположенного вершиной вниз. Основание треугольника (4 см) соответствует дну полости матки, а у вершины расположен анатомический внутренний маточный зев.
В нижнем отделе полость тела матки переходит в перешеек матки. Длина перешейка 0,8–1,0 см, за ним начинается канал шейки матки. Его форма может быть конической, цилиндрической, веретенообразной и зависит от фазы цикла. Трубы на рентгенограммах проявляются в виде тонких, иногда довольно извилистых лентообразных теней.

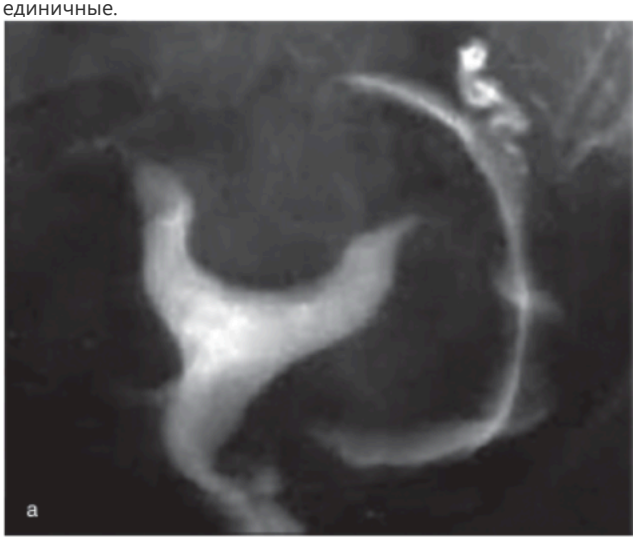
Гистеросальпингографическая картина удовлетворительная, маточные трубы проходимы с обеих сторон
Рис. 6.18.
Рентгенологически можно определить три анатомические части трубы: интерстициальную, истмическую и ампулярную. Интерстициальный отдел визуализируется в виде короткого конуса, переходящего после некоторого сужения в довольно длинный истмический отдел. Переход истмического отдела в более широкий ампулярный на рентгенограммах не всегда отчетлив. Иногда хорошо видна продольная складчатость слизистой оболочки трубы.
. Если в результате воспалительного процесса происходит неполное склеивание ампулярного отдела трубы, контрастный раствор через стенозированное отверстие частично проникает в брюшную полость, а колбообразно расширенный ампулярный отдел трубы сохраняется, формируя вентильный сактосальпинкс. При спаечном процессе в брюшной полости контрастное вещество проникает в осумкованные полости, выявляя их в виде контрастных образований различной величины и формы (рис. 6.19).
Сактосальпинкс

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

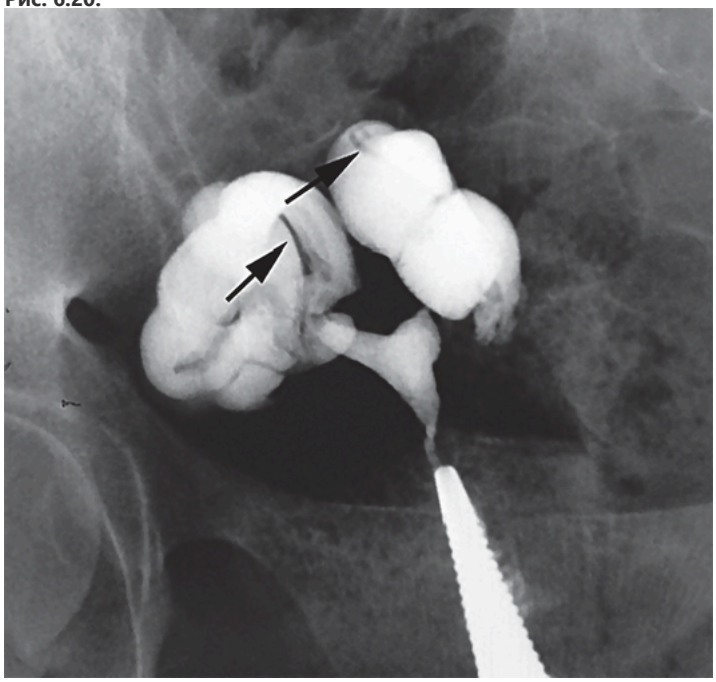


Гистеросальпингографическая картина двусторонней окклюзии маточных труб с формированием гидросальпинкса, сактосальпинкса
Рис. 6.19.
Пороки развития
Внутриматочная перегородка (рис. 6.20, а) и двурогая матка (см. рис. 6.20, б). При инфантильной матке (рис. 6.21) ее полость на рентгенограммах уменьшена, а шейка удлинена так, что отношение длины шейки и полости матки равно 3:2 или 1:1. Из других пороков развития различают седловидную, однорогую, двойную матку. ГСГ широко используют для диагностики различных внутриматочных изменений. При гиперплазии и полипозе эндометрия на рентгенограммах видны неровность контуров полости, неравномерная интенсивность тени, дефекты наполнения размерами от 0,5 до 0,7 см. Форма дефектов округлая, овальная, иногда линейная. Чаще они

располагаются в дне и у трубных углов. При крупных ПЭ величина дефектов наполнения варьирует от 1,0×1,5 до 2,0×4,5 см. Чаще они единичные.



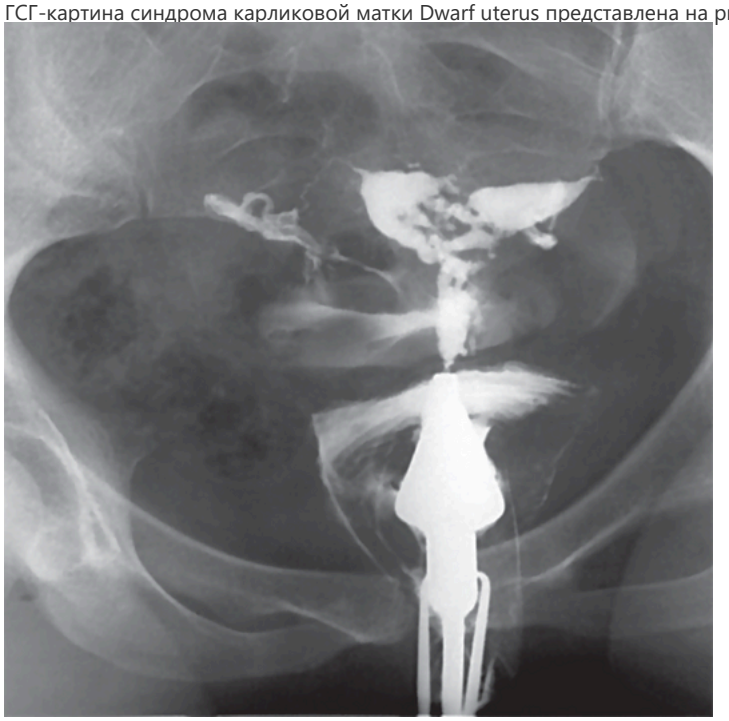
Гистеросальпингографическая картина двурогой матки
Рис. 6.20.



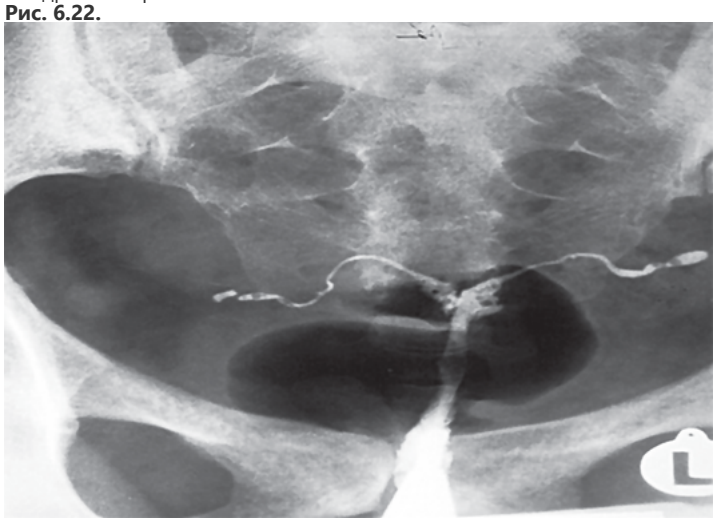
Гистеросальпингографическая картина инфантильной матки с двусторонним гидросальпинксом (указано стрелками)
Рис. 6.21.

ГСГ-картина синдрома Ашермана представлена на рис. 6.22. Широко используют ГСГ у больных с маточными формами бесплодия, для выявления внутриматочных болезней, а также ПВ вне беременности в целях выявления ИЦН. В норме в II фазу цикла истмико-цервикальный отдел значительно сужен (истмус ≤0,4 см), при ИЦН отмечают его значительное расширение (до ≥1,5 см). Таким образом, ГСГ — ценный дополнительный инструментальный метод диагностики целого ряда заболеваний матки (см. рис. 6.22, 6.23).

ГСГ-картина синдрома карликовой матки Dwarf uterus представлена на рис. 6.23.



Синдром Ашермана
Рис. 6.22.

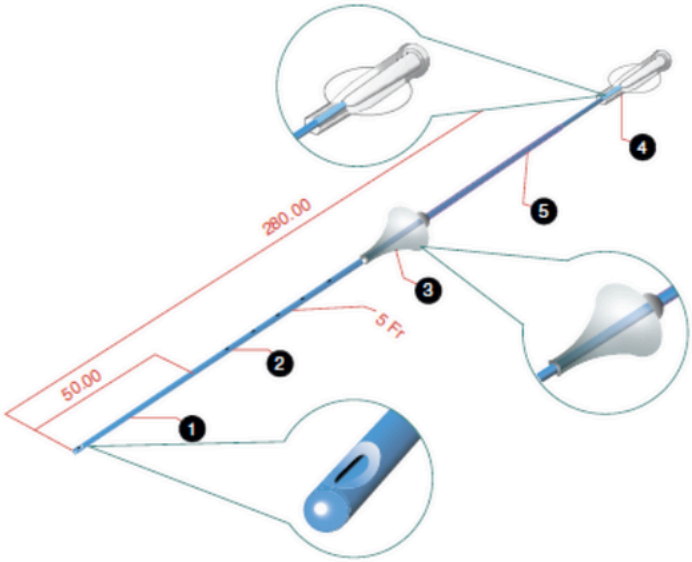


Синдром карликовой матки
Рис. 6.23.
У пациентки с первичным бесплодием и отягощенным наследственным анамнезом (туберкулез) ГСГ-картина демонстрирует маленькую, словно пластмассовую впадину в полости матки (карликовая матка), под давлением обнаружен разрыв контрастных изображений до области перешейка обеих маточных труб. Вышеизложенные особенности ГСГ-картины могут наблюдаться при генитальном туберкулезе.
:
Возможные осложнения ГСГ

- перфорация стенки матки;
- разрыв трубы при очень сильном давлении;
- сосудистый рефлюкс (проникновение контрастного вещества в капиллярную и венозную сеть матки);
- лимфатический рефлюкс (попадание контрастного вещества в маточно-тубарные лимфатические сосуды или в широкую связку матки);
- аллергические реакции.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Соногистерография
— метод УЗ-визуализации полости матки и маточных труб с использованием стерильного изотонического раствора натрия хлорида в качестве контрастного вещества.
Соногистерография
Основные соногистерографии как метода диагностики заключаются в простоте выполнения манипуляции, возможности одновременной оценки состояния полости матки, маточных труб и полости малого таза, а также структурных изменений матки и яичников. Метод является неинвазивным, соответственно риск каких-либо осложнений минимален. В отличие от ГСГ, соногистерография проводится без использования ионизирующего излучения и контрастного вещества, что позволяет избежать лишнего облучения и аллергических реакций и идиосинкразий. Процедура хорошо переносится пациентками без премедикации и обезболивания.
преимущества
в первую очередь те же, что и при ГСГ: трубный спазм может привести к ложной диагностике окклюзии маточных труб, а при наличии гидросальпинксов отток жидкости из полости матки может дать ложное впечатление о проходимости маточных труб. Соногистерография не позволяет определить точный уровень окклюзии и должным образом оценить перитубарные спайки и подвижность маточных труб. Как и при любом УЗИ, полученные результаты являются субъективными (рис. 6.24).
Недостатки



Катетер диаметром 1,67 мм для соногистерографии
Рис. 6.24.
Техника соногистерографии
УЗИ в режиме 2D-эхографии с протоколированием и фотофиксацией всех основных параметров матки и яичников, диагностированных патологических образований, измеренных как минимум в двух основных проекциях. При наличии 3D-трансдьюсера исследование можно дополнить 3D-сканированием.
Катетеризация без дополнительных манипуляций при удобной визуализации шейки матки и условий для беспрепятственного введения катетера: баллонный катетер вводится за внутренний зев, раздувается и фиксируется, после чего при эхографии определяется правильность его установки. Может потребоваться фиксация шейки матки пулевыми щипцами, а также дополнительное расширение цервикального канала расширителями Гегара № 3. При удвоении шейки матки используется техника одномоментной параллельной или поочередной унилатеральной катетеризации. Следующий этап — введение контраста в полость матки. Это приводит к ее расширению и заполнению ее анэхогенным (гипоэхогенным с гиперэхогенными сигналами) содержимым, в результате анатомическая складчатость эндометрия расправляется. Акустическое окно в полости матки позволяет более четко определять изменения в субэндометриальной зоне миометрия, а также зафиксировать заполнение контрастом просвета маточных труб.
Диагностика состояния маточных труб основывается на регистрации достоверных эхографических признаков их проходимости:

- накоплении гидроперитонеума в позадиматочном, периовариальных, пузырно-маточном пространствах;
- регистрации турбулентного движения свободной жидкости как в малом тазу, так и в просвете маточной трубы, не инициирующего патологическое расширение.

Достоверным признаком проходимости является визуализация различных отделов маточной трубы: интерстициального, истмического, ампулярного и фимбриального.
Верификацию данных соногистерографии проводят на основании контрастирования полости матки, позволяющего подробно изучить различные патологические процессы, а также с помощью искусственной дилатации, на фоне которой появляется возможность интерпретации его полноценной анатомии.
В качестве контрастного вещества может использоваться любая прозрачная жидкость. Стерильный изотонический раствор натрия хлорида — недорогой, легкодоступный и безопасный в использовании.
:
Возможные осложнения

- перфорация стенки матки;
- разрыв трубы при очень сильном давлении;
- сосудистый рефлюкс (проникновение контрастного вещества в капиллярную и венозную сеть матки).

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Прерывание беременности в условиях дневного стационара
Существуют хирургический (вакуум-аспирация) и медикаментозный методы прерывания беременности. Оба метода могут быть реализованы в условиях дневного стационара. Выбор зависит от желания женщины, срока беременности, показаний и противопоказаний, а также технических возможностей конкретного лечебно-профилактического учреждения. Каждый из вариантов имеет свои плюсы и минусы, что должно быть отражено в разговоре с пациенткой на приеме (табл. 6.5).

Медикаментозный и хирургический аборты
Таблица 6.5.
Аборт
медикаментозный
хирургический
Плюсы

- Не требует хирургического вмешательства и анестезии.
- Более «естественный» способ.
- Эмоционально легче переносится некоторыми пациентками.
- Лучше хирургического при очень ранней беременности или при тяжелом ожирении (ИМТ >30), при отсутствии других факторов риска: сердечно-сосудистых, миом матки, пороков развития матки или предшествующих операций на шейке матки.
- Нет риска травмы шейки матки

- Проводится быстрее.
- Больше шансов осуществить полный аборт.
- Эмоционально легче для некоторых женщин.
- От начала и до конца осуществляется под медицинским контролем.
- Может осуществляться при сроке до 14 нед

Минусы

- Кровотечения, спазмы, боли, тошнота, диарея и другие побочные эффекты.
- Ожидание, неопределенность.
- Требует многократных посещений клиники.
- Высокая стоимость.
- Может использоваться только до 9 нед

- Инвазивность.
- Риск травмы шейки матки или матки.
- Риск инфицирования.
- Может быть дорогостоящим

В соответствии с Федеральным законом (ред. от 27.09.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» искусственное прерывание беременности осуществляют:
№ 323-ФЗ

- не ранее 48 ч с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности;
- при сроке беременности 11–12 нед, но не позднее окончания 12-й недели беременности;
- не ранее 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности до 11 нед.

.
Показания и противопоказания — см. гл. II и IV
Искусственное прерывание беременности на сроке до 12 нед у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, миомой матки, аномалиями развития половых органов и другими гинекологическими заболеваниями, а также с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями осуществляют только в условиях стационара.
Подготовка шейки матки
Перед искусственным прерыванием беременности хирургическим способом (вакуумной аспирацией) на сроке до 12 нед рекомендуется подготовка шейки матки (с использованием мифепристона, мизопростола или ламинарий слоевища). В настоящее время рекомендуют следующие схемы:

- мифепристон внутрь 200 мг за 24–48 ч до процедуры;
- мизопростол 400 мкг сублингвально за 2–3 ч до процедуры или
- мизопростол 400 мкг вагинально за 3 ч до процедуры или
- ламинарии слоевища интрацервикально за 6–24 ч до процедуры.

Обезболивание
Вне зависимости от срока гестации и выбранного метода манипуляцию следует осуществлять с обязательным адекватным обезболиванием, при хирургическом аборте возможны парацервикальная блокада с седацией или внутривенный наркоз. В настоящее время в практической деятельности для парацервикальной анестезии используют раствор лидокаина или артикаина. Артикаин зарегистрирован по таким показаниям, как инфильтрационная и проводниковая анестезия при операциях, и не может быть применен в практике акушера-гинеколога. Однако существует препарат с торговым названием артикаин [показания к применению (в соответствии с инструкцией):], который может применяться в акушерстве и гинекологии. Вакуумная аспирация, расширение канала шейки матки и эвакуация плодного яйца с использованием во всех случаях не рекомендуются.
стоматологическихдля местной и регионарной блокады нервных окончанийтолько общей анестезии
Техника искусственного прерывания беременности методом вакуумной аспирации
После обработки наружных половых органов дезинфицирующим раствором производят двуручное гинекологическое обследование. Во влагалище вводят ложкообразные зеркала. Его стенки сначала вытирают сухим ватным шариком, а потом обрабатывают шариком, смоченным спиртом. Переднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами, не прокалывая богатую рецепторами слизистую оболочку цервикального канала. Вводится зонд для определения размера и положения матки. Аккуратно вводится канюля (без расширения, если это возможно). Следует внимательно следить за положением матки, избегая применения избыточной силы. Если в цервикальном канале определяется сопротивление, используются расширители. Как только канюля вставлена, следует начать аспирацию. При помощи медленных, мягких движений на себя и вперед без чрезмерных усилий во избежание перфорации аспирируются все ткани. Не следует «царапать» стенки матки: эндометрий отделяется под воздействием отрицательного давления. Когда матка пуста, можно почувствовать сильное сокращение матки и плотный захват канюли, не позволяющий совершать дальнейшие тракции. В канюле появляются пузыри и красная пена. Эти признаки указывают на то, что матка пуста и процедура завершена. Последним содержимым аспирата могут быть несколько капель чистой крови. Когда матка опорожнена, сначала следует остановить аспирацию и только затем удалять канюлю из полости. Дополнительный кюретаж, или «проверка с кюреткой», не показан. Продукты аспирации должны быть осмотрены на предмет обеспечения полной эвакуации. Если остаются сомнения, требуется повторить аспирацию. В случае отсутствия в аспирате плодного яйца необходимо исключить неисправность аспиратора, двурогую матку, перфорацию или ВБ.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Наблюдение в период восстановления
Без седации или общей анестезии: ведется наблюдение за жизненно важными показателями в комфортном для пациентки положении в течение 30 мин. После седации или внутривенного наркоза необходимо наблюдение до полного восстановления. Чрезмерный болевой синдром может говорить о перфорации или острой гематометре. До выписки необходимо проконтролировать процесс мочеиспускания (КР «Медикаментозное прерывание беременности», 2015).

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Введение и удаление внутриматочных контрацептивов
ВМК, по данным ВОЗ, является одним из самых используемых и высоких по эффективности методов контрацепции. В РФ данный метод занимает второе место по частоте использования: 14,5% женщин репродуктивного возраста используют различные виды ВМК (см. главу IV). На сегодняшний день существует два вида ВМК:

- немедикаментозные, изготовленные из полиэтилена с добавлением бария сульфата; в настоящее время в РФ не используются;
- медикаментозные, содержат медь, серебро, золото или прогестины.

Существует несколько теорий возможного механизма действия ВМК:

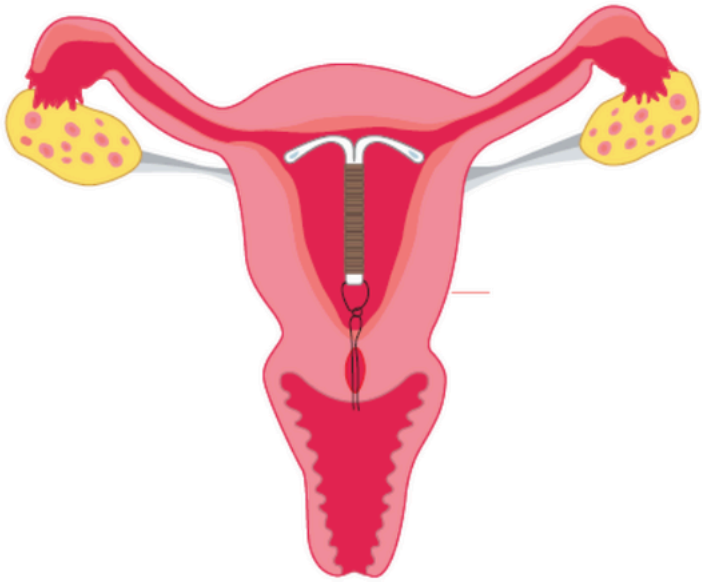
- теория абортивного действия;
- теория асептического воспаления (ВМК, содержащая прогестины, кроме асептического воспаления, вызывает раннюю трансформацию и атрофию эндометрия и сгущает цервикальную слизь);
- теория энзимных нарушений и подавления функциональной активности эндометрия, что делает невозможным имплантацию оплодотворенной яйцеклетки;
- теория ускоренной перистальтики маточных труб и сперматотоксического действия ионов меди.

Ни одна теория не рассматривается как основная, поскольку, по данным исследований, контрацептивный эффект ВМК построен на взаимном действии нескольких механизмов.
:
Условия для введения ВМК — удовлетворительные показатели таких исследований, как

- общий анализ крови;
- анализы крови на ВИЧ, гепатит и RW;
- мазок на флору;
- трансвагинальное УЗИ.

Время и методика введения внутриматочных контрацептивов
По данным экспертов ВОЗ и последних исследований, ВМК можно вводить в любой день цикла, однако лучшим периодом для манипуляции считается 4–8-й день менструального цикла, так как слизистая оболочка матки менее подвержена раневому воздействию имплантата, а цервикальный канал расширен, что делает процедуру проще. ВМК может быть введен сразу или в течение 4 дней после искусственного или самопроизвольного прерывания беременности при отсутствии признаков воспаления или кровотечения. Возможно одновременное прерывание нежелательной беременности и введение ВМК в полость матки. Допускается введение ВМК в послеродовом периоде (в течение 48 ч после родов), однако риск экспульсии при этом повышается. Если в указанное время ВМК не введен, процедуру следует провести через 4–6 нед после родов. Возможно осуществление экстренной контрацепции при помощи ВМК, для этого имплантат вводят в течение 5 дней после незащищенного полового акта.
Техника введения внутриматочных контрацептивов

Проводится влагалищное обследование, затем шейку матки обнажают в зеркалах, ее и влагалище обрабатывают любым антисептиком. Проводится зондирование полости матки для определения ее размеров и положения, затем в асептических условиях, с помощью проводника, ВМК вводят в полость матки, оставляя контрольные нити во влагалище, что позволяет впоследствии осуществлять контроль расположения имплантата и своевременно диагностировать его экспульсию (рис. 6.25). Обезболивание процедуры не требуется.



При правильно установленном имплантате визуализируются контрольные нити
Рис. 6.25.

.

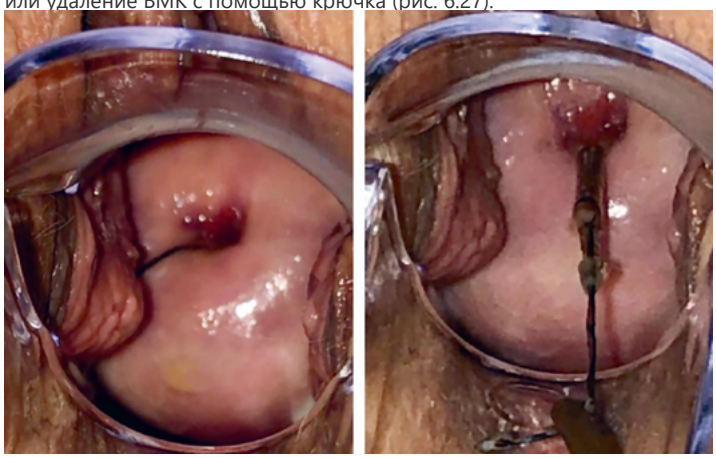
Показания к удалению внутриматочных контрацептивов

- Желание женщины.
- Истечение срока использования.
- Менопауза (год спустя после последней менструации).
- Медицинские показания:

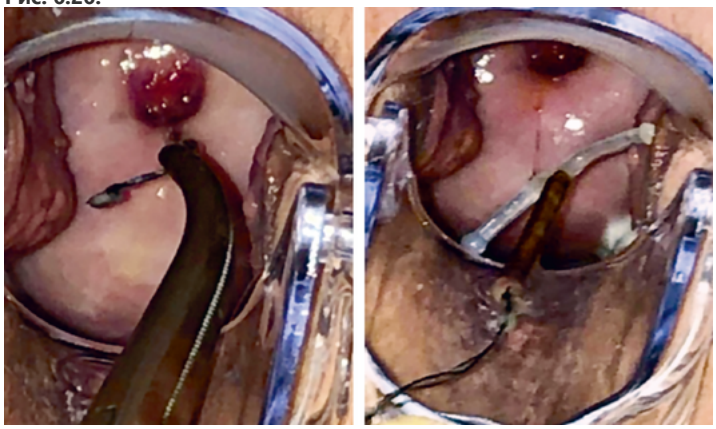
- беременность;
- тазовые боли неясного генеза;
- кровотечение, угрожающее жизни женщины;
- ВЗОМТ, острые или обострение хронических;
- рак тела или шейки матки;
- перфорация матки или частичная экспульсия ВМК.

Методика удаления внутриматочных контрацептивных имплантатов

ВМК рекомендуют извлекать во время менструации с соблюдением всех правил асептики и антисептики.
Шейку матки обнажают в зеркалах, затем ее и влагалище обрабатывают любым антисептиком (рис. 6.26). Производится влагалищное обследование и зондирование полости матки для определения ее размеров и положения, а также возможного положения ВМК. Контрольные нити захватывают корнцангом или пинцетом и, медленно потягивая, извлекают ВМК. В случае отрыва нитей показана гистероскопия или удаление ВМК с помощью крючка (рис. 6.27).

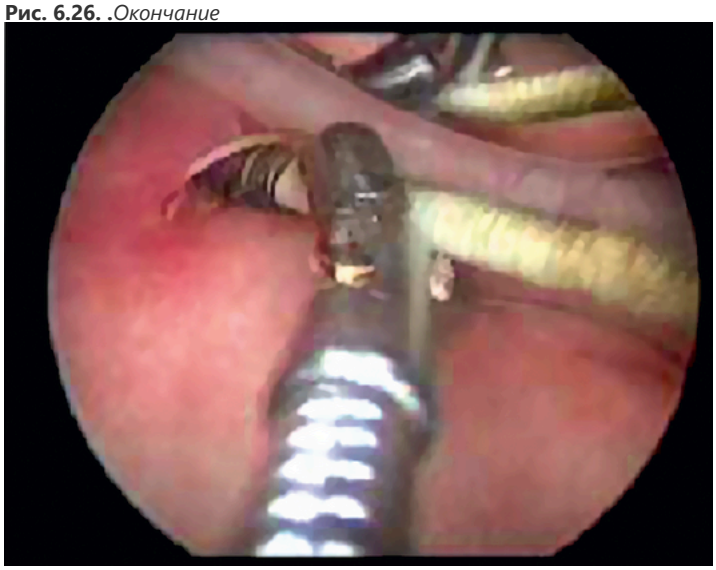


Этапы удаления внутриматочных контрацептивов
Рис. 6.26.



Этапы удаления внутриматочных контрацептивов

Рис. 6.26. .*Окончание*



Удаление внутриматочных контрацептивов зажимом под контролем гистероскопии

Рис. 6.27.

Все хирургические манипуляции требуют добровольного информированного согласия пациентки.

Метод медикаментозного прерывания беременности (Клинический протокол «Прерывание беременности медикаментозным способом», 2015) с регламентом этапов медицинской технологии

Первый визит (обследование)

— диагностика беременности, определение срока и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки, лабораторный скрининг.

Цель

Рекомендуемый объем обследования.

- Сбор анамнеза, в том числе информации о дате первого дня последней нормальной менструации, характеристике менструального цикла, используемых методах контрацепции, выявление противопоказаний к медикаментозному или хирургическому аборту, факторов риска и осложнений процедуры.
- Физикальное обследование с определением базовых показателей: АД, пульса, частоты дыхания, температуры тела; пальпация живота.
- Гинекологическое обследование путем бимануального осмотра, определение размеров матки и ранних признаков беременности;
- УЗИ органов малого таза с определением размеров матки, визуализацией плодного яйца в полости матки; определение размеров плодного яйца и установление срока беременности. В случае затруднения визуализации при УЗИ плодного яйца в полости матки необходим анализ крови с измерением уровня β-ХГЧ в сыворотке крови для подтверждения факта беременности. Если беременность подтверждена лабораторно, но плодное яйцо не визуализируется, необходима такая же дальнейшая тактика, как для пациенток с подозрением на ВБ.
- Лабораторные исследования перед прерыванием беременности в объеме, предусмотренном приказом № 1130.

Глава VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре

Медикаментозное прерывание беременности **не требует** *анализов! Дополнительное обследование — по показаниям при наличии клинических признаков заболевания. Желательно определение резус-фактора.*

Дополнительное обследование (исследование свертывающей системы крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, исследование на ИППП и др.) перед прерыванием беременности проводится по показаниям при наличии клинических признаков заболеваний и состояний, которые могут оказать влияние на течение и исход аборта.

При желании женщины и отсутствии противопоказаний к медикаментозному аборту пациентку информируют об особенностях действия препаратов, сути метода, длительности аборта, возможных побочных эффектах, осложнениях и необходимости строго следовать врачебным рекомендациям.

Второй визит

- Информированное согласие женщины (см. приложение 37).
- Мифепристон в дозе 200 мг внутрь в присутствии врача, наблюдение 1–2 ч.

Мифепристон в дозе 200 мг по сравнению с 600 мг в комбинации с мизопростолом имеет одинаковую эффективность в достижении полного аборта (, 95% ДИ 0,87–1,32) (Kulier R. et al. Medical methods for first trimester abortion: The Cochrane Collaboration, 2011). Уменьшение дозы мифепристона привело к уменьшению стоимости медаборта (по сравнению с дилатацией и кюретажем) и значительной экономической эффективности.

1,07

Третий визит

Через 24–36 ч после приема мифепристона.

Мизопростол в дозе 400 мкг (2 таблетки) внутрь при сроке до 49 дней или 800 мкг (4 таблетки) сублингвально, буккально или вагинально при задержке до 63 дней.

Динамическое наблюдение 3–4 ч, через 3–4 ч обычно начинаются кровянистые выделения.

При отсутствии кровянистых выделений мизопростол в дозе 400 мкг (2 таблетки) внутрь или сублингвально.

Динамическое наблюдение 1,0–1,5 ч.

Четвертый визит

Не ранее 14-го дня от приема мифепристона!

Контроль эффективности медикаментозного аборта.

- :

Гинекологический осмотр

- нормальные размеры матки;
- отсутствие болезненных ощущений;
- незначительные слизисто-кровянистые выделения.
- (отсутствие плодного яйца в матке, а также его элементов).

УЗИ

- : снижение уровня β-ХГЧ в периферической крови.

Лабораторный

Противопоказания к медикаментозному прерыванию беременности.

- ВБ или подозрение на нее.
- Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность.
- Длительная кортикостероидная терапия.
- Заболевания крови, угрожаемые по кровотечению.
- Почечная и печеночная недостаточность.
- Аллергические реакции на мифепристон или мизопростол.
- Миома матки больших размеров.

Важно! *После медаборта у 40% пациенток в течение года вновь возникает нежеланная беременность. Поэтому задача врача — акушера-гинеколога на основании полного информированного согласия женщины, с учетом преимуществ того или иного вида контрацептива, подобрать и своевременно назначить надежное средство защиты от нежелательной беременности.*
КОК внутрь, влагалищное кольцо или чистые прогестиновые контрацептивы назначаются в день приема мифепристона или мизопростола, так как через 10–14 дней у женщины возможна овуляция. Внутриматочный контрацептив вводится во время четвертого визита на 10–14-й день, после подтверждения на УЗИ отсутствия плодного яйца в матке.
В случае неудачи медикаментозного аборта беременность следует прервать хирургическим методом из-за высокой опасности пороков развития плода.
При желании женщины можно прервать беременность до 12 нед медикаментозным методом.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Одной из форм социальной защиты работающих женщин является их социальное страхование, то есть возмещение материальных потерь в связи с заболеванием и выполнением репродуктивной функции, а также осуществление мероприятий по снижению уровня страхового риска. Особенно важна социальная защита работающих женщин во время беременности и ухода за ребенком.
В настоящее время действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ (ред. от 25.02.2022) «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». Ст. 13 регламентирует Порядок назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком.
В аспекте обсуждаемых проблем уровень социальной защиты во многом зависит от качества работы врачей лечебно-профилактических учреждений, которые осуществляют:

- установление наличия и срока беременности;
- диагностику и лечение осложнений беременности;
- диагностику и лечение гинекологических заболеваний;
- прерывание беременности и профилактику осложнений.

Особое место среди указанных мероприятий занимает экспертиза временной нетрудоспособности как обоснование необходимости и длительности возмещения материальных потерь и обеспечения других социальных гарантий. Указанная деятельность регламентирована приказом МЗ РФ от 23.11.2021 № 1089н «Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации» (зарегистрирован в Минюсте России 29.11.2021 № 66067).
Сроки временной нетрудоспособности определяют путем экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с приказом МЗ РФ от 23.08.2016 № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности» (зарегистрирован в Минюсте России 20.02.2017 № 45704).
Врачи, осуществляющие лечебно-профилактическую деятельность, должны знать порядок оформления и выдачи листков нетрудоспособности.
Листок нетрудоспособности формируется в форме электронного документа, а также выдается в форме документа на бумажном носителе лицам по результатам экспертизы временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, лечением в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка гражданам Российской Федерации, постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства, а также иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно пребывающим в Российской Федерации (за исключением высококвалифицированных специалистов в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством:

- лицам, работающим по трудовым договорам, в том числе руководителям организаций, являющимся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества;
- государственным гражданским служащим, муниципальным служащим;
- лицам, замещающим государственные должности Российской Федерации, государственные должности субъекта Российской Федерации, а также муниципальные должности, замещаемые на постоянной основе;
- членам производственного кооператива, принимающим личное трудовое участие в его деятельности;
- священнослужителям;
- лицам, осужденным к лишению свободы и привлеченным к оплачиваемому труду;
- адвокатам, индивидуальным предпринимателям, членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемым индивидуальными предпринимателями (нотариусы, занимающиеся частной практикой, иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой), членам семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, добровольно вступившим в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и уплачивающим за себя страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации;
- иным категориям лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с ФЗ при условии уплаты за них страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации;
- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности либо в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования;
- иностранным гражданам и лицам без гражданства, имеющим право на пособие по временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

Формирование (выдача) листков нетрудоспособности осуществляется юридическими лицами независимо от организационно-правовой формы (или индивидуальными предпринимателями), имеющими в соответствии с законодательством Российской Федерации о лицензировании лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности (далее — медицинские организации).

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Отдельным категориям застрахованных лиц, сведения о которых составляют государственную и иную охраняемую законом тайну, и лиц, в отношении которых реализуются меры государственной защиты, в целях выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам листки нетрудоспособности выдаются в форме документа на бумажном носителе.
Обеспечение бланками листков нетрудоспособности, их учет и хранение осуществляются в соответствии с приказом Фонда социального страхования РФ и МЗ РФ от 29.01.2004 № 18/29 «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».
Листок нетрудоспособности формируют (выдают) медицинские работники медицинских организаций, а именно:

- лечащие врачи медицинских организаций (за исключением врачей структурного подразделения медицинской организации, оказывающего скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь);
- фельдшеры медицинских организаций в случаях возложения на них отдельных функций лечащего врача (далее — фельдшеры).

Формирование листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником с использованием медицинской информационной системы медицинской организации, либо государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, либо с помощью программного обеспечения, предоставляемого Фондом социального страхования Российской Федерации на безвозмездной основе, посредством внешних сервисов информационного взаимодействия медицинской организации и сервисов единой системы межведомственного электронного взаимодействия. Информационное взаимодействие по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности осуществляется в соответствии с установленным Правительством Российской Федерации порядком информационного взаимодействия страховщика, страхователей, медицинских организаций и федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа.
Формирование листков нетрудоспособности в форме электронного документа осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность, а также страхового номера индивидуального лицевого счета гражданина в системе индивидуального (персонифицированного) учета (далее — СНИЛС).

Выдача листков нетрудоспособности на бумажном носителе осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность.
В случае если гражданин до дня наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких страхователей и в двух календарных годах, предшествующих году наступления временной нетрудоспособности (отпуска по беременности и родам), был занят у тех же страхователей, формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам по каждому из страхователей.
В случае если гражданин до дня наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких страхователей, а в двух календарных годах, предшествующих году наступления временной нетрудоспособности (отпуска по беременности и родам), был занят у других страхователей (другого страхователя), формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа для представления его гражданином по выбору одному из страхователей в целях назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам.
В случае если гражданин до дня наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких страхователей, а в двух календарных годах, предшествующих году наступления временной нетрудоспособности (отпуска по беременности и родам), был занят как у этих, так и у других страхователей (другого страхователя), формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам по каждому из страхователей либо для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам по одному из страхователей по выбору гражданина.
Формирование (выдача) и продление листка нетрудоспособности осуществляется после осмотра гражданина медицинским работником и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, либо в истории болезни стационарного больного или иной медицинской документации, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.
Не допускается формирование (выдача) и продление листка нетрудоспособности за прошедшие дни единолично лечащим врачом (фельдшером, зубным врачом). Формирование (выдача) и продление листка нетрудоспособности за прошедшее время осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации (далее — врачебная комиссия) при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому.
Номера листков нетрудоспособности регистрируются в медицинской документации, используемой в медицинских организациях, с указанием даты формирования (выдачи) и продления, выписки гражданина на работу, сведений о направлении гражданина в другую медицинскую организацию или в учреждение МСЭ.
Листок нетрудоспособности при оказании гражданину медицинской помощи в амбулаторных условиях формируется (выдается) медицинской организацией в день признания его временно нетрудоспособным по результатам экспертизы временной нетрудоспособности.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания их рабочего времени (смены), по их желанию, дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня после окончания рабочего времени (смены) гражданина.
В случаях если гражданин направляется (обращается) за оказанием медицинской помощи в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации), закрытие листка нетрудоспособности осуществляется другой медицинской организацией (другим структурным подразделением медицинской организации), в которую гражданин был направлен (обратился) за оказанием медицинской помощи.
При продолжении срока временной нетрудоспособности гражданина медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), в которую он был направлен (обратился) за оказанием медицинской помощи, формируется (выдается) листок нетрудоспособности, являющийся продлением ранее сформированного (выданного) листка нетрудоспособности.
При выписке гражданина после оказания ему медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) листок нетрудоспособности формируется (выдается) в день выписки из медицинской организации, где ему оказывалась медицинская помощь, за весь период оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара).
При продолжении срока временной нетрудоспособности решение о продлении листка нетрудоспособности единовременно на срок не более 10 календарных дней принимается врачебной комиссией медицинской организации, проводившей оказание медицинской помощи гражданину в стационарных условиях (в условиях дневного стационара).
В случае когда гражданин, нетрудоспособный на день выписки из медицинской организации, где ему оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях (условиях дневного стационара), является в установленный для явки день трудоспособным в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации), в которую он был направлен для продолжения лечения, медицинская организация (структурное подразделение медицинской организации), в которую гражданин был направлен, вносит в поле листка нетрудоспособности запись «Приступить к работе» и закрывает его.
В рамках одного страхового случая, связанного с временной потерей трудоспособности, по желанию гражданина медицинская организация формирует (выдает) в продолжение новый листок нетрудоспособности и одновременно оформляет предыдущий листок нетрудоспособности для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности.
Документы, подтверждающие временную нетрудоспособность (беременность и роды) граждан в период их пребывания за границей (после их легализации), по решению врачебной комиссии заменяются на листок нетрудоспособности. В случае если указанные документы выполнены на языке иностранного государства, к ним прилагается нотариально заверенный перевод.
Учет номеров листков нетрудоспособности, сформированных в форме электронного документа, осуществляется Фондом социального страхования Российской Федерации.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Правила оформления и выдачи листков нетрудоспособности по беременности и родам
Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом — акушером-гинекологом, при его отсутствии — врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача общей практики — фельдшером.
Выдача листка нетрудоспособности по беременности и родам производится в 30 нед беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).
. ()() ().
Комментарий*Женщинам по их заявлению и на основании выданного в установленном порядке листка нетрудоспособности предоставляются отпуска по беременности и родам в соответствии со ст. 255 «Отпуска по беременности и родам» Трудового кодекса ТК РФ от 30.12.2001 № 197-ФЗ ред. от 14.07.2022с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 25 июля 2022 г.*
При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 28 нед беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).
Если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок отказывается от получения листка нетрудоспособности по беременности и родам, то ее отказ обязательно фиксируется в медицинской документации.
При обращении до родов за получением листка нетрудоспособности по беременности и родам женщине, не получившей (отказавшейся от получения) листка нетрудоспособности, для оформления отпуска по беременности и родам листок нетрудоспособности формируется на 140 календарных дней (на 194 календарных дня при многоплодной беременности) с 30 нед беременности, а также на 160 календарных дней (при многоплодной беременности на 200 календарных дней) с 27 нед категории женщин, подвергшихся радиоактивному облучению.
При осложненных родах в дополнение к листку нетрудоспособности формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды (за исключением случаев многоплодной беременности).
К осложненным родам, при которых, в соответствии с Федеральным законом от 24.11.96 № 131-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Кодекс законов о труде Российской Федерации», послеродовый отпуск удлиняется, относятся:
а) многоплодные роды;
б) роды, которые сопровождались или которым непосредственно предшествовала тяжелая нефропатия, ПЭ, эклампсия;
в) роды, сопровождавшиеся следующими акушерскими операциями: КС и другими чревосечениями во время родов, классическим или комбинированным поворотом плода на ножку, наложением акушерских щипцов, извлечением плода с помощью вакуум-экстрактора, плодоразрушающими операциями, ручным отделением последа, ручным или инструментальным обследованием полости матки;
г) роды, сопровождавшиеся значительной потерей крови, вызвавшей вторичную анемию;
д) роды, сопровождавшиеся разрывом шейки матки III степени, разрывом промежности III степени, расхождением лонного сочленения;
е) роды, осложнившиеся послеродовыми заболеваниями: эндометритом, тромбофлебитом, воспалением тазовой брюшины и клетчатки, сепсисом, гнойным маститом;

ж) роды у женщин, страдающих заболеваниями сердца и сосудов [все формы многоклапанных пороков сердца, все формы ВПС вне зависимости от степени нарушения гемодинамики, ревматизм и все формы ревматических пороков сердца, сопровождающиеся во время беременности активностью ревматического процесса, недостаточностью кровообращения, легочной гипертензией, нарушениями ритма сердца, ТЭО во время беременности или в анамнезе, с атрио- или кардиомегалией, состояние после операции на сердце, гипертоническая болезнь (стадия IIа–IIб-III), кардиомиопатия];
з) роды у женщин, страдающих другими экстрагенитальными заболеваниями [хронические заболевания легких, сопровождающиеся легочно-сердечной недостаточностью или амилоидозом внутренних органов, заболевания мочеполовой системы, сопровождающиеся гипертензией, острой или хронической почечной недостаточностью, заболевания единственной почки и поликистоз почек, заболевания крови и кроветворных органов, гипопластическая и гемолитическая анемии, острый и хронический лейкоз, лимфогрануломатоз, болезнь Верльгофа и другие капилляротоксикозы, диффузные заболевания соединительной ткани, системная красная волчанка и системная склеродермия, миастения, активные формы туберкулеза любой локализации, болезни эндокринной системы тяжелой и средней тяжести течения (диффузный или узловой токсический зоб, гипотиреоз, несахарный диабет, СД и др.), паренхиматозный гепатит с выраженным нарушением функции печени, перенесенный во время беременности вирусный гепатит, ВИЧ-инфицированные и больные синдромом приобретенного иммунодефицита]. При других заболеваниях, не указанных в данном перечне, при которых роды представляют угрозу жизни или ущерба для здоровья роженицы и родильницы, вопрос о продлении послеродового отпуска решается комиссией в учреждении, где произошли роды [лечащий врач, руководитель отделения (учреждения), врач-специалист по профилю заболевания];

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

и) ПР и роды незрелым плодом вне зависимости от срока беременности, если родильница выписалась с живым ребенком. Незрелость плода определяется комиссионно соответствующим актом с записью в истории развития новорожденного;
к) роды у женщин после ЭКО и переноса эмбриона в полость матки (ЭКО и ПЭ).
В случае когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, дополнительно формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам на 54 календарных дня медицинской организацией, где произошли роды.
При родах, наступивших в период от 22 до 30 нед беременности, медицинской организацией, где произошли роды, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам сроком на 156 календарных дней с даты родов.
При многоплодных родах, наступивших в период от 22 до 28 нед беременности, медицинской организацией, где произошли роды, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам сроком на 194 календарных дня с даты родов.
При родах, наступивших в период от 22 до 27 нед беременности, медицинской организацией, где произошли роды, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам сроком на 176 календарных дней с даты родов, при многоплодной беременности — на 200 календарных дней с даты родов.
Женщине, у которой роды наступили при сроке беременности до 30 нед беременности и 27 нед беременности у женщины, подвергшейся радиоактивному облучению и не получавшей ранее листок нетрудоспособности по беременности и родам, для оформления отпуска по беременности и родам листок нетрудоспособности формируется медицинской организацией, где произошли роды, на 140 календарных дней (на 194 календарных дня при многоплодной беременности) с 30 нед беременности либо на 160 календарных дней (при многоплодной беременности на 200 календарных дней) с 27 нед беременности для категории женщин, подвергшихся радиоактивному облучению.
При осложненных родах медицинской организацией, где произошли роды, листок нетрудоспособности по беременности и родам формируется на 156 календарных дней (на 194 календарных дня при многоплодной беременности) с 30 нед беременности либо на 176 календарных дней (при многоплодной беременности на 200 календарных дней) с 27 нед беременности для категории женщин, подвергшихся радиоактивному облучению.
Женщинам, постоянно проживающим (работающим) в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на Чернобыльской атомной электростанции (в зоне проживания с правом на отселение), а также женщинам, проживающим в населенных пунктах, подвергшихся радиационному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам при сроке 27 нед беременности продолжительностью на 160 календарных дней (90 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов), при многоплодной беременности — на 200 календарных дней (90 календарных дней до родов и 110 календарных дней после родов).
Женщинам, проживающим в других зонах, подвергшихся радиоактивному загрязнению, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается на общих основаниях.
При наступлении отпуска по беременности и родам в период нахождения женщины в ежегодном основном или дополнительном оплачиваемом отпуске, отпуске по уходу за ребенком до достижения возраста 3 лет листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается на общих основаниях.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Правила оформления и выдачи листка нетрудоспособности в случаях применения вспомогательных репродуктивных технологий
При процедуре ЭКО листок нетрудоспособности формируется медицинской организацией в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) и экспертизе временной нетрудоспособности, отдельно на каждый из периодов: овариальной стимуляции (в случае необходимости освобождения от работы), овариальной стимуляции и пункции фолликулов яичников, пункции фолликулов яичников, переноса эмбрионов.
При необходимости освобождения женщины от работы листок нетрудоспособности может формироваться на весь период с даты переноса эмбрионов до определения результата процедуры и время проезда к месту регистрации по месту жительства или по месту пребывания или временного проживания (по выбору женщины).
В случаях когда медицинская организация, проводившая процедуры ЭКО, не имеет лицензии на выполнение работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, на основании выписки из медицинской карты пациента, выданной медицинской организацией, проводившей процедуры ЭКО, листок нетрудоспособности формируется женщине медицинской организацией, имеющей лицензию на выполнение работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Правила оформления и выдачи листка нетрудоспособности в случаях прерывания беременности
При прерывании беременности при сроке менее 22 полных недель беременности, в том числе в случае рождения мертвого плода или живого плода, не пережившего первые 6 полных суток (168 ч), формируется листок нетрудоспособности лечащим врачом единолично сроком до 15 календарных дней включительно, но на срок не менее 3 дней. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих этот срок, листок нетрудоспособности формируется и продлевается по решению врачебной комиссии.
При прерывании беременности при сроке до 21-й полной недели беременности листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3 дней

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Правила оформления и выдачи листка нетрудоспособности при гинекологических заболеваниях и осложнениях беременности
При амбулаторном лечении гинекологических заболеваний и иных состояний, связанных с временной потерей трудоспособности, лечащий врач единолично выдает листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации. Фельдшер выдает и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно.
При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется врачебной комиссией.
Аналогично выдаются листки нетрудоспособности при осложненном течении беременности, если срок беременности меньше того, при котором производят выдачу листка нетрудоспособности по беременности и родам.
На практике следует пользоваться ориентировочными сроками временной нетрудоспособности при осложнениях беременности, родов и послеродового периода, а также гинекологических заболеваниях «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)». Рекомендации для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования РФ от 21.08.2000 № 02-08/10-1977П (табл. 7.1, 7.2).

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при осложнениях беременности, родов и послеродового периода

Таблица 7.1.

	Код по МКБ-10		Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности, дни
O00-O08	Беременность с абортивным исходом				
O 00.	ВБ	Операция	25–40		
O 03	Самопроизвольный аборт	Острое начало	4–6		
O 04	Медицинский аборт	–	1–3		
O 08.0	Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортом, ВБ и молярной беременностью	–	10–25		
O10-O16					
O 10	Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	Обострение	15–18		
O 13	Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии	–	10–12		
O 14	Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией	–	12–15		
O 15	Эклампсия	–	15–20		
O20-O29	Другие болезни матери, связанные преимущественно с беременностью				
O20	Кровотечение в ранние сроки беременности	–	10–15		
O 21	Чрезмерная рвота беременных	–	3–5		

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при гинекологических заболеваниях

Таблица 7.2.

	Код МКБ		Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности, дни
N60-N64	Болезни молочной железы				
N60.1	Диффузная кистозная мастопатия	Операция	20–30		
N61	Воспалительные болезни молочной железы	–	15–25		
N70-N77	Воспалительные болезни женских тазовых органов				
N70.0	Острый сальпингит и оофорит	–	12–16		
N70.1	Хронический сальпингит и оофорит	Обострение	14–18		
N71	Воспалительная болезнь матки, кроме шейки матки	–	16–25		
N73.0	Острый параметрит и тазовый целлюлит	–	25–30		
N73.3	Острый тазовый перитонит у женщин	Операция	22–35		
N73.4	Хронический тазовый перитонит у женщин	Операция (обострение)	30–40		
N75.1	Абсцесс бартолиновой железы	–	8–12		
N75.8	Болезни бартолиновой железы (бартолинит)	–	5–7		
N80-N98	Невоспалительные болезни женских половых органов				
N80.	Эндометриоз	Операция	28–35		
N81.	Выпадение женских половых органов	Операция	27–40		
N82	Свищи с вовлечением женских половых органов	Операция	30–50		
N83.0	Фолликулярная киста яичника	Операция	20–28		
N83.1	Киста желтого тела	Операция	20–25		
N83.5	Перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы	Операция	18–20		
N84.0	Полип тела матки	Операция	3–4		
N84.1	Полип шейки матки	Операция	3–4		
N84.2	Полип влагалища	Операция	3–4		
N85.7	Гематометра	–	4–7		
N86	Эрозия и эктропион шейки матки	–	3–5		
N92.0	Обильные и частые менструации при регулярном цикле	–	2–4		
N92.1	Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле	–	2–4		

N97	Женское бесплодие	Гистеросальпингография	1–2

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности — продолжительность освобождения больных от работы, необходимая для диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с целью компенсации нарушенных функций организма и создания возможности возврата к трудовой деятельности или, при неблагоприятном трудовом и клиническом прогнозе, направления на МСЭ для рассмотрения вопроса о признании лица инвалидом. Ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности носят рекомендательный характер. Однако значительное увеличение или сокращение ориентировочных сроков временной нетрудоспособности (на 30% и более) должно служить поводом для экспертизы временной нетрудоспособности заведующим отделением, клинико-экспертной комиссией с оценкой объемов, качества и эффективности медицинской помощи, применения современных медицинских технологий, своевременности привлечения к лечебному процессу других специалистов или медицинских учреждений с целью определения объективных или субъективных факторов и принятия адекватных мер.

Оформление листка нетрудоспособности в форме электронного документа

Сведения, направляемые медицинской организацией в Фонд социального страхования Российской Федерации в целях формирования листка нетрудоспособности, подтверждаются усиленными квалифицированными электронными подписями работников медицинской организации, проводивших экспертизу временной нетрудоспособности, а в случаях, предусмотренных настоящими Условиями и порядком, усиленной квалифицированной электронной подписью председателя врачебной комиссии медицинской организации.

В целях формирования дубликата листка нетрудоспособности взамен ранее сформированного листка нетрудоспособности медицинская организация по решению врачебной комиссии направляет сведения в Фонд социального страхования Российской Федерации:

- при наличии ошибок в листке нетрудоспособности (до дня выплаты на его основании пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам);
- в случаях изменения причины временной нетрудоспособности.

В случае формирования дубликата листка нетрудоспособности взамен ранее сформированного листка нетрудоспособности медицинской организацией, формирующей дубликат, ранее сформированный листок нетрудоспособности подлежит аннулированию.

В случаях когда листки нетрудоспособности формировались в различных медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) в рамках одного и того же случая временной нетрудоспособности (например, одного и того же заболевания), допускается формирование дубликата (дубликатов) листков нетрудоспособности взамен аннулированного(-ых) одной из данных медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) на усмотрение гражданина.

При формировании листка нетрудоспособности в некоторых медицинских организациях [оказывающих медицинскую помощь по профилям «онкология», «детская онкология», «дерматовенерология», «психиатрия-наркология», медицинскую помощь при заболевании, вызываемом ВИЧ (ВИЧ-инфекции), при психических расстройствах и расстройствах поведения, медицинскую помощь больным туберкулезом] по согласованию с нетрудоспособным гражданином или его законным представителем могут быть указаны должности врачей, оказывающих медицинскую помощь по иным профилям либо «лечащий врач», «зубной врач», «фельдшер». При этом в поле «наименование медицинской организации» может указываться сокращенное наименование медицинской организации, не позволяющее идентифицировать ее профиль.

При заполнении раздела «ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ»:

- в поле «номер ЭЛН» вносится номер листка нетрудоспособности, полученный из Федеральной государственной информационной системы «Единая интегрированная информационная система “Соцстрах”» Фонда социального страхования Российской Федерации;
- в поле «взамен ранее сформированного №» указывается номер листка нетрудоспособности, взамен которого сформирован дубликат листка нетрудоспособности;
- в поле «первичный» делается соответствующая отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности является первичным, а также в случае оформления дубликата первичного листка нетрудоспособности;
- в поле «дубликат» проставляется отметка «V» в случае формирования дубликата листка нетрудоспособности;
- в поле «продолжение листка №» указывается номер предыдущего листка нетрудоспособности в случае, если оформляемый листок нетрудоспособности является продолжением ранее сформированного листка нетрудоспособности;
- в поле «наименование медицинской организации» указывается полное или сокращенное наименование медицинской организации, имеющей лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, в которой осуществлялось оказание медицинской помощи и формировался листок нетрудоспособности;
- адрес места нахождения медицинской организации, осуществляющей формирование листка нетрудоспособности, указывается в соответствующем поле одной строкой через запятую;
- в поле «Дата формирования» указывается число, месяц и год формирования листка нетрудоспособности;
- в поле «Основной государственный регистрационный номер» указывается основной государственный регистрационный номер записи, внесенной в Единый государственный реестр юридических лиц или в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, о медицинской организации, сформировавшей листок нетрудоспособности;
- в полях «Фамилия, имя, отчество (при наличии)» в соответствующих ячейках указываются полные фамилия, имя и отчество (при наличии) временно нетрудоспособного гражданина в соответствии с документом, удостоверяющим личность;
- в поле «СНИЛС» указывается СНИЛС;
- в поле «Дата рождения» указывается дата рождения нетрудоспособного гражданина;
- в поле «М» и «Ж» вносится соответствующая отметка «V»;
- до 1 сентября 2022 г. при заполнении поля «Причина нетрудоспособности» в поле «код» указывается соответствующий двухзначный код:

- 01 — заболевание;
- 02 — травма;
- 03 — карантин;
- 04 — несчастный случай на производстве и его последствия;
- 05 — отпуск по беременности и родам;
- 06 — протезирование в стационаре;
- 07 — профессиональное заболевание или его обострение;
- 08 — лечение в санаторно-курортной организации;
- 10 — иное состояние (отравление, сложные урологические, гинекологические, проктологические и другие исследований, манипуляции, процедуры, медицинские вмешательства);
- 11 — заболевание, указанное в пункте 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» <33> (далее — заболевание, указанное в п. 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715);
- с 1 сентября 2022 г. при заполнении поля «Причина нетрудоспособности» в поле «код» указывается соответствующий двухзначный код:

- 01 — заболевание (в том числе профессиональное заболевание и его обострение);
- 02 — травма (в том числе несчастный случай на производстве или его последствия);
- 03 — карантин;
- 05 — отпуск по беременности и родам;
- 06 — протезирование в стационаре;
- 08 — лечение в санаторно-курортной организации;
- 10 — иное состояние (отравление, проведение сложных урологических, гинекологических, проктологических и других исследований, манипуляций, процедур, медицинских вмешательств);
- 11 — заболевание, указанное в п. 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715;
- в поле «доп код» указывается дополнительный трехзначный код:

- 017 — при лечении туберкулеза, когда санаторно-курортное лечение заменяет оказание медицинской помощи в стационарных условиях;
- 018 — при медицинской реабилитации в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ);
- 019 — при направлении на лечение больных туберкулезом в санаторно-курортную организацию;
- 020 — при дополнительном отпуске по беременности и родам;

- 021 — при заболевании или травме, наступивших вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением.
- в поле в электронной форме «Диагноз» из медицинской информационной системы медицинской организации, в которой формируется листок нетрудоспособности, в автоматическом режиме указывается код по МКБ [за исключением случаев оказания медицинской помощи по профилям «онкология», «детская онкология», «дерматовенерология», «психиатрия-наркология», медицинской помощи при заболевании, вызываемом ВИЧ (ВИЧ-инфекции), при психических расстройствах и расстройствах поведения, медицинской помощи больным туберкулезом];
- в поле «дата 1» вносится:

- предполагаемая дата родов;
- дата начала путевки при направлении больных туберкулезом по путевкам в санаторно-курортные организации на лечение в случае, когда санаторно-курортное лечение заменяет оказание медицинской помощи в стационарных условиях, а также на лечение после оказания медицинской помощи в стационарных условиях, при направлении застрахованных лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на медицинскую реабилитацию в санаторно-курортные организации в период временной нетрудоспособности (далее — путевка на лечение);
- в поле «дата 2» вносится дата окончания путевки на лечение;
- в поле «№ путевки» указывается номер путевки на лечение;
- в поле «Основной государственный регистрационный номер санаторно-курортной организации» указывается основной государственный регистрационный номер записи, внесенной в Единый государственный реестр юридических лиц, о медицинской организации, в которой осуществлялось санаторно-курортное лечение или медицинская реабилитация;
- при внесении сведений в подраздел «По уходу» листка нетрудоспособности в случаях ухода за больным членом семьи [в том числе за ребенком при введении ограничительных мероприятий (карантина)];
- в поле «СНИЛС члена семьи» вносится СНИЛС на каждого члена семьи, за которым осуществляется уход. В случае отсутствия информации о СНИЛС члена семьи поле не заполняется;
- в поле «Дата рождения члена семьи» указывается дата рождения каждого члена семьи, за которым осуществляется уход;
- в поле «Причина нетрудоспособности члена семьи» (по аналогии с полем «Причина нетрудоспособности» листка нетрудоспособности) указывается соответствующий двухзначный код:

- 03 — карантин;
- 09 — уход за больным членом семьи;
- 12 — в случае наличия у ребенка заболевания в возрасте до 7 лет, включенного в перечень заболеваний, определенный в соответствии с п. 1 ч. 5 ст. 6 ФЗ № 255-ФЗ федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;
- 13 — ребенок-инвалид;
- 14 — (проставляется только при согласии гражданина) в случае болезни, связанной с поствакцинальным осложнением или злокачественными новообразованиями у ребенка;
- 15 — (проставляется только при согласии гражданина) ВИЧ-инфицированный ребенок.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

При этом поле «Причина нетрудоспособности» не заполняется;

- в поле «Диагноз члена семьи» из медицинской информационной системы медицинской организации, в которой формируется листок нетрудоспособности, в автоматическом режиме указывается код по МКБ по каждому члену семьи, за которым осуществляется уход [за исключением случаев оказания медицинской помощи по профилям «онкология», «детская онкология», «дерматовенерология», «психиатрия-наркология», медицинской помощи при заболевании, вызываемом ВИЧ (ВИЧ-инфекции), при психических расстройствах и расстройствах поведения, медицинской помощи больным туберкулезом]. При этом поле листка нетрудоспособности «Диагноз» не заполняется;
- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указываются условия оказания медицинской помощи больному члену семьи, за которым осуществляется уход;
- в случае осуществления ухода за больным членом семьи как в амбулаторных условиях, так и при совместном пребывании с ним в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по соответствующему члену семьи период ухода указывается по каждому условию оказания медицинской помощи отдельно, при этом поле листка нетрудоспособности «Находился в стационаре» не заполняется;
- в поле «Период ухода» в ячейках «С» и «По» вносятся сведения о начале и окончании периода осуществления ухода отдельно за каждым больным членом семьи;
- в поле «родственная (семейная) связь» указывается соответствующий двухзначный код:

- 38 — мать (мачеха);
- 39 — отец (отчим);
- 40 — опекун;
- 41 — попечитель;
- 42 — иной родственник, фактически осуществляющий уход;
- в поле «Фамилия, имя, отчество (при наличии) члена семьи, за которым осуществляется уход» указываются полные фамилия, имя, отчество (при наличии) члена семьи, за которым осуществляется уход;
- в поле «Отметки о нарушении условий оказания медицинской помощи» в зависимости от вида нарушения медицинской организацией, установившей факт нарушения условий оказания медицинской помощи, указывается следующий двухзначный код:

- 23 — несоблюдение предписанных условий оказания медицинской помощи;
- 24 — несвоевременная явка на прием к врачу (фельдшеру, зубному врачу);
- 25 — выход на работу без выписки;
- 26 — отказ от направления в учреждение МСЭ;
- 27 — несвоевременная явка в учреждение МСЭ;
- 28 — другие нарушения;
- в поле «Дата» указывается дата нарушения. Данные сведения подтверждаются усиленной квалифицированной электронной подписью лечащего врача (фельдшера, зубного врача);
- если нарушений условий оказания медицинской помощи не было, указанные поля листка нетрудоспособности не заполняются;
- в поле «Находился в стационаре» в ячейках «С» и «По» указываются соответственно даты начала и окончания оказания гражданину медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара), в таблице «Освобождение от работы» листка нетрудоспособности делается запись о продолжительности оказания медицинской помощи.

В случае оказания медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара) и необходимости представления листка нетрудоспособности к оплате в таблице «Освобождение от работы» и в поле «Находился в стационаре» указываются соответствующие сроки оказания медицинской помощи, в поле «Иное» проставляется двухзначный код (32) «продолжает болеть».

При этом одновременно формируется новый листок нетрудоспособности, являющийся продолжением ранее сформированного листка нетрудоспособности.

При выписке из медицинской организации, осуществляющей оказание медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара) нетрудоспособному гражданину, в поле листка нетрудоспособности «Находился в стационарных условиях» указывается общая длительность оказания медицинской помощи, а в таблице «Освобождение от работы» — сроки оказания медицинской помощи в днях за исключением дней, указанных в ранее сформированном листке нетрудоспособности.

При направлении на МСЭ лечащим врачом (фельдшером) указывается соответствующая дата в поле «Дата направления в бюро МСЭ».

При этом в таблице «Освобождение от работы» в поле «По какое число» последнего указанного периода освобождения от работы вносится дата, предшествующая дате направления в бюро МСЭ.

При заполнении полей листка нетрудоспособности бюро МСЭ:

- в полях «Дата регистрации документов в бюро МСЭ» и «Дата освидетельствования в бюро МСЭ» бюро МСЭ указываются соответствующие даты;
- в поле «Инвалидность» арабскими цифрами бюро МСЭ указывается группа инвалидности (1, 2, 3) в случае, если в результате освидетельствования в бюро МСЭ лицу установлена либо изменена группа инвалидности. В случаях когда бюро МСЭ по результатам

освидетельствования гражданина группа инвалидности не установлена или не изменена, поле листка нетрудоспособности «Инвалидность» не заполняется.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

При переосвидетельствовании гражданина, признанного ранее в установленном порядке инвалидом, в случае принятия бюро МСЭ решения об установлении группы инвалидности установленная по результатам переосвидетельствования группа инвалидности указывается в поле листка нетрудоспособности «Инвалидность».
До 1 сентября 2022 г. при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в поле «Установлена/изменена группа инвалидности» указывается код «9 — Установлена утрата профессиональной трудоспособности».
Код «9 — Установлена утрата профессиональной трудоспособности» проставляется в листке нетрудоспособности только при причинах нетрудоспособности «04 — несчастный случай на производстве или его последствия» и «07 — профессиональное заболевание или его обострение».
С 1 сентября 2022 г. при заполнении поля «Утрата профессиональной трудоспособности» в нем арабскими цифрами бюро МСЭ указывается код «29» — «Установлена утрата профессиональной трудоспособности» при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.
В случае когда бюро МСЭ по результатам освидетельствования гражданина не установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, поле «Утрата профессиональной трудоспособности» не заполняется.
Сведения, направляемые бюро МСЭ в Фонд социального страхования Российской Федерации в целях формирования листка нетрудоспособности, подтверждаются усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя бюро МСЭ.
При заполнении медицинской организацией таблицы «Освобождение от работы»:

- в поле «С какого числа» указывается дата (число, месяц и год), с которой гражданин освобожден от работы;
- в поле «По какое число» указывается дата (число, месяц и год) (включительно), по которую гражданин освобожден от работы.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях продление листка нетрудоспособности осуществляется со дня, следующего за днем осмотра гражданина врачом. Каждое продление листка нетрудоспособности вносится в отдельные поля таблицы листка нетрудоспособности.
Не допускается разрыв или пересечение периодов временной нетрудоспособности за исключением случаев формирования листка нетрудоспособности по коду «10» иное состояние (отравление, проведение сложных урологических, гинекологических, проктологических и других исследований, манипуляций, процедур, медицинских вмешательств).
При продлении листка нетрудоспособности медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), в которую гражданин был направлен или обратился за оказанием медицинской помощи, формируется листок нетрудоспособности, являющийся продолжением ранее сформированного листка нетрудоспособности.
При наступлении заболевания (профессионального заболевания, травмы, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравления и иного состояния, связанного с временной потерей трудоспособности), не связанного с заболеванием (профессиональным заболеванием, травмой, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением и иным состоянием, связанным с временной потерей трудоспособности), по которому гражданин уже освобожден от работы, не допускается продление ранее сформированного листка нетрудоспособности в связи с наступившим заболеванием (профессиональным заболеванием, травмой, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением и иным состоянием, связанным с временной потерей трудоспособности).
В случае оказания медицинской помощи и при необходимости освобождения от работы гражданина в связи с наступившим заболеванием (профессиональным заболеванием, травмой, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением и иным состоянием, связанным с временной потерей трудоспособности) формируется первичный листок нетрудоспособности. В случае продолжения оказания медицинской помощи гражданину по заболеванию (профессиональному заболеванию, травме, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлению и иным состояниям, связанным с временной потерей трудоспособности), наступившему ранее, листок нетрудоспособности продлевается по данному заболеванию (профессиональному заболеванию, травме, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлению и иному состоянию, связанному с временной потерей трудоспособности) до восстановления трудоспособности (направления на МСЭ).
Медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), в которую гражданин был направлен или обратился за оказанием медицинской помощи, в ранее сформированном листке нетрудоспособности в поле «Иное» вносится код «31», в поле «Сформирован листок (продолжение) №» указывается номер листка нетрудоспособности, сформированного в продолжение.
В случаях формирования листка нетрудоспособности в продолжение сформированного листка нетрудоспособности допускается заполнение полей «Иное» и «Сформирован листок (продолжение) №» медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), ранее сформировавшей листок нетрудоспособности.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Если гражданин после формирования или продления листка нетрудоспособности на прием не явился, а при очередном посещении признан нетрудоспособным, то период неявки (в рамах одного страхового случая, но не более 7 календарных дней) включается в общий период нетрудоспособности. Продление листка нетрудоспособности осуществляется по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности (направления на МСЭ). Период неявки нетрудоспособного гражданина вносится одной строкой в поля таблицы «Освобождения от работы».
При оформлении дубликата листка нетрудоспособности в полях «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указывается весь период нетрудоспособности гражданина.
При оформлении листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии, в том числе за прошедшее время, в полях «Должность врача» и «Фамилия и инициалы врача» указываются фамилия, инициалы и должность медицинского работника, фамилия и инициалы председателя врачебной комиссии после каждого случая, рассматриваемого на врачебной комиссии.
При направлении медицинскими организациями больных туберкулезом по путевкам в санаторно-курортные организации на лечение в случае, когда санаторно-курортное лечение заменяет оказание медицинской помощи в стационарных условиях, а также на лечение после оказания медицинской помощи в стационарных условиях листок нетрудоспособности формируется по решению врачебной комиссии противотуберкулезной организации до отъезда гражданина на санаторно-курортное лечение. При этом в полях «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указываются дни пребывания в санаторно-курортной организации с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.
При направлении на санаторно-курортное лечение листок нетрудоспособности оформляется лечащим врачом (фельдшером) медицинской организации и председателем врачебной комиссии до отъезда гражданина на лечение в санаторно-курортную организацию. В таблице «Освобождение от работы» лечащим врачом санаторно-курортной организации: в поле «Находился в стационаре» указываются сроки пребывания в санаторно-курортной организации, в полях «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указывается период санаторно-курортного лечения, не превышающий 24 календарных дня.
При направлении на лечение в санаторно-курортную организацию непосредственно после оказания медицинской помощи в стационарных условиях в поле «Иное» вносится код «37». Продолжение листка нетрудоспособности оформляется в медицинской организации, направляющей гражданина на лечение.
При этом в поле «С какого числа» таблицы «Освобождение от работы» дата освобождения от работы в связи с лечением в санаторно-курортной организации указывается не позднее следующего дня за днем открытия (формирования) данного листка нетрудоспособности медицинской организацией, направившей гражданина на лечение.
Допускается формирование листка нетрудоспособности за период лечения в санаторно-курортной организации, не превышающий 24 календарных дня, медицинской организацией, направившей гражданина на лечение в санаторно-курортную организацию, по решению врачебной комиссии на основании документа, подтверждающего пребывание гражданина в данной санаторно-курортной организации.
При направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на медицинскую реабилитацию в период временной нетрудоспособности в полях «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» листка нетрудоспособности одной строкой указывается период медицинской реабилитации, согласно направлению врачебной комиссии; в поле листка нетрудоспособности «Находился в стационарных условиях» указываются сроки пребывания в медицинской организации, в которой осуществляется медицинская реабилитация, с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.
Сведения в целях формирования листка нетрудоспособности подтверждаются усиленными квалифицированными подписями лечащего врача (фельдшера) и председателя врачебной комиссии.

В случаях формирования листка нетрудоспособности на дни сложных исследований, манипуляций, процедур в полях «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» вносятся соответственно даты начала и окончания дней соответствующих исследований, манипуляций, процедур.
При продолжительности сложных исследований, манипуляций, процедур в течение 1 дня в полях «С какого числа» и «По какое число» указывается одна и та же дата. Последующий день (дни) соответствующих исследований, манипуляций, процедур указывается аналогично.
В случаях оформления листка нетрудоспособности при проведении сложных исследований, манипуляций, процедур в поле «Причина нетрудоспособности» проставляется код «10».
В полях «Должность врача» и «Фамилия и инициалы врача (фельдшера, зубного врача)» таблицы «Освобождение от работы» указывается должность лечащего врача (фельдшера, зубного врача), его фамилия и инициалы, а в случаях, рассматриваемых врачебной комиссией, указывается «председатель врачебной комиссии» и его фамилия и инициалы.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

При формировании листка нетрудоспособности сведения по каждому периоду нетрудоспособности подтверждаются усиленной квалифицированной электронной подписью лечащего врача (фельдшера, зубного врача), а в случаях, рассматриваемых врачебной комиссией, усиленной квалифицированной электронной подписью председателя врачебной комиссии медицинской организации.
В поле «Приступить к работе» в ячейках «с» указывается дата со следующего дня восстановления трудоспособности после осмотра и признания гражданина трудоспособным.
В поле «Иное» указывается следующий двухзначный код:

- 31 — в случае, если гражданин продолжает болеть и ему формируют новый листок нетрудоспособности (продолжение);
- 32 — при установлении инвалидности (степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний);
- 33 — при изменении группы инвалидности;
- 34 — в случае смерти;
- 35 — в случае отказа от МСЭ;
- 36 — в случае, когда гражданин после формирования или продления листка нетрудоспособности на прием не являлся, а при очередном посещении признан трудоспособным;
- 37 — в случае направления на лечение непосредственно после оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Вслед за двухзначным кодом, вносимым в поле «Иное», в ячейках «» для кодов 32, 33, 34 и 36 вносится также дата установления инвалидности (дата определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний), изменения группы инвалидности, дата смерти гражданина, дата признания трудоспособным.
В поле «Сформирован листок (продолжение) №» указывается номер листка нетрудоспособности, сформированного в продолжение.
При закрытии (продолжении) листка нетрудоспособности медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), в которую гражданин был направлен или обратился за оказанием медицинской помощи, передаваемые сведения (поля «Иное», «Сформирован листок (продолжение) №», «Приступить к работе: С») подтверждаются усиленной квалифицированной электронной подписью данной медицинской организации и лечащего врача (фельдшера, зубного врача).
Сведения, внесенные в сформированный листок нетрудоспособности при его закрытии или продлении, подтверждаются усиленной квалифицированной электронной подписью лечащего врача (фельдшера, зубного врача) и медицинской организации.
Сведения о коде по МКБ страхователю не предоставляются.
По желанию гражданина медицинская организация выдает ему выписку из листка нетрудоспособности, сформированного в форме электронного документа.
Оформление листка нетрудоспособности на бумажном носителе
Записи в листке нетрудоспособности выполняются медицинскими организациями, учреждениями МСЭ и страхователями на русском языке печатными заглавными буквами чернилами черного цвета либо с применением печатающих устройств. Допускается использование гелевой, капиллярной или перьевой ручки. Не допускается использование шариковой ручки. Записи в листке нетрудоспособности не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей.
Все записи в специально отведенных ячейках проставляются, начиная с первой ячейки.
Печати медицинской организации, учреждения МСЭ могут выступать за пределы специально отведенного места, но не должны попадать на ячейки информационного поля бланка листка нетрудоспособности.
Печать страхователя может выступать за пределы специально отведенного места, но не должна попадать на ячейки информационного поля бланка листка нетрудоспособности.
Оттиск печати медицинской организации должен соответствовать наименованию, указанному в уставе медицинской организации. При оформлении листков нетрудоспособности в отдельных медицинских организациях [оказывающих медицинскую помощь по профилям «онкология», «детская онкология», «дерматовенерология», «психиатрия-наркология», медицинскую помощь при заболевании, вызываемом ВИЧ (ВИЧ-инфекции), при психических расстройствах и расстройствах поведения, медицинскую помощь больным туберкулезом] допускается использование специальных печатей или штампов без указания профиля организации.
При оформлении листка нетрудоспособности в некоторых медицинских организациях [оказывающих медицинскую помощь по профилям «онкология», «детская онкология», «дерматовенерология», «психиатрия-наркология», медицинскую помощь при заболевании, вызываемом ВИЧ (ВИЧ-инфекции), при психических расстройствах и расстройствах поведения, медицинскую помощь больным туберкулезом] по согласованию с нетрудоспособным гражданином или его законным представителем могут быть указаны должности врачей, оказывающих медицинскую помощь по иным профилям, либо «лечащий врач», «зубной врач», «фельдшер». При этом в строке «наименование медицинской организации» может указываться сокращенное наименование медицинской организации, не позволяющее идентифицировать ее профиль.
При наличии ошибок в заполнении листка нетрудоспособности либо в связи с его порчей или утерей (до дня выплаты на его основании пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам), а также в случаях изменения причины нетрудоспособности по решению врачебной комиссии взамен ранее выданного листка нетрудоспособности оформляется дубликат листка нетрудоспособности.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

В случаях когда листки нетрудоспособности выдавались в различных медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) в рамках одного и того же случая временной нетрудоспособности (например, одного и того же заболевания), допускается выдача дубликата (дубликатов) листков нетрудоспособности взамен испорченного(-ых) одной из данных медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций).
При заполнении корешка бланка листка нетрудоспособности:

- в строке «первичный» делается соответствующая отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности является первичным, а также в случае оформления дубликата первичного листка нетрудоспособности;
- в строке «дубликат» проставляется отметка «V» в случае оформления дубликата листка нетрудоспособности;
- в строке «продолжение листка №» указывается номер предыдущего листка нетрудоспособности в случае, если оформляемый листок нетрудоспособности является продолжением ранее выданного листка нетрудоспособности;
- в строке «Дата выдачи» указывается число, месяц, год выдачи листка нетрудоспособности;
- в строке «Фамилия, имя, отчество (при наличии)» в соответствующих ячейках указываются фамилия, имя и отчество (при наличии) временно нетрудоспособного гражданина в соответствии с документом, удостоверяющим личность;
- в строке «Фамилия, инициалы врача (фельдшера, зубного врача)» указывается фамилия лечащего врача (фельдшера, зубного врача), выдавшего листок нетрудоспособности, и его инициалы (с пробелом в одну ячейку между фамилией и инициалами врача);
- в строке «№ истории болезни» проставляется номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, либо номер истории болезни стационарного больного или иной медицинской документации, содержащей записи, подтверждающие выдачу, продление и оформление листка нетрудоспособности;
- в строке «место работы наименование организации» указывается полное или сокращенное наименование страхователя либо фамилия и инициалы страхователя физического лица (с интервалом в одну ячейку между фамилией и инициалами работодателя); данная информация указывается со слов гражданина;
- в строке «Основное» делается отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по основному месту работы;
- в строке «По совместительству №» делается отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по месту работы по внешнему совместительству и указывается номер листка нетрудоспособности, выданного для представления по основному месту

работы;
- в поле «расписка получателя» ставится подпись гражданина, получившего листок нетрудоспособности.

При заполнении раздела «ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ»:

- в строке «первичный» делается соответствующая отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности является первичным, а также в случае оформления дубликата первичного листка нетрудоспособности;
- в строке «дубликат» проставляется отметка «V» в случае оформления дубликата листка нетрудоспособности;
- в строке «продолжение листка №» указывается номер предыдущего листка нетрудоспособности в случае, если оформляемый листок нетрудоспособности является продолжением ранее выданного листка нетрудоспособности;
- в строке «наименование медицинской организации» указывается полное или сокращенное наименование медицинской организации, имеющей лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, в которой осуществлялось оказание медицинской помощи и выдавался листок нетрудоспособности;
- в строке «адрес места нахождения медицинской организации» указывается адрес места нахождения медицинской организации, в которой выдан листок нетрудоспособности [субъект Российской Федерации, название городского или сельского поселения, улицы, номера дома, корпуса, квартиры (офиса)].

Внесение указанных данных осуществляется через интервал в одну ячейку, номер корпуса указывается через знак «/» в ячейке после номера дома; номер квартиры (офиса) указывается через пробел в одну ячейку после номера дома или корпуса (при наличии);

- в строке «Дата выдачи» указывается число, месяц и год выдачи листка нетрудоспособности;
- в строке «Основной государственный регистрационный номер» указывается основной государственный регистрационный номер записи, внесенной в Единый государственный реестр юридических лиц или в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, о медицинской организации, выдавшей листок нетрудоспособности;
- в строках «Фамилия, имя, отчество (при наличии)» в соответствующих ячейках указываются полные фамилия, имя и отчество (при наличии) временно нетрудоспособного гражданина в соответствии с документом, удостоверяющим личность;
- в строке «Дата рождения» указывается дата рождения нетрудоспособного гражданина;
- в ячейках «М» и «Ж» проставляется соответствующая отметка «V»;
- в строке «Причина нетрудоспособности» в ячейках «код» указывается соответствующий двухзначный код:

- 01 — заболевание (профессиональное заболевание и его обострение);
- 02 — травма (несчастный случай на производстве или его последствия);
- 03 — карантин;
- 05 — отпуск по беременности и родам;
- 06 — протезирование в стационаре;
- 08 — лечение в санаторно-курортной организации;
- 09 — уход за больным членом семьи;
- 10 — иное состояние (отравление, проведение сложных урологических, гинекологических, проктологических и других исследований, манипуляций, процедур, медицинских вмешательств);
- 11 — заболевание, указанное в п. 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 <35>;
- 12 — в случае заболевания ребенка в возрасте до 7 лет, включенного в перечень заболеваний, определенный в соответствии с п. 1 ч. 5 ст. 6 Федерального закона № 255-ФЗ федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;
- 13 — ребенок-инвалид;
- 14 — (проставляется только при согласии гражданина) в случае болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, или при злокачественном новообразовании у ребенка;
- 15 — (проставляется только при согласии гражданина) ВИЧ-инфицированный ребенок;
- в ячейках «код изм» в случае изменения причины наступления временной нетрудоспособности указывается соответствующий двухзначный код (из вышеперечисленных), а в случае установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний указывается код 29;
- в ячейках «доп код» указывается дополнительный трехзначный код:

- 017 — при лечении туберкулеза, когда санаторно-курортное лечение заменяет оказание медицинской помощи в стационарных условиях;
- 018 — при медицинской реабилитации в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ);
- 019 — при направлении на лечение больных туберкулезом в санаторно-курортную организацию;
- 020 — при дополнительном отпуске по беременности и родам;
- 021 — при заболевании или травме, наступивших вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением;
- строки «место работы наименование организации», «Основное», «По совместительству №» не заполняются;
- в строке «дата 1» проставляется:

- дата изменения причины временной нетрудоспособности;
- предполагаемая дата родов;
- дата начала путевки при направлении больных туберкулезом по путевкам в санаторно-курортные организации на лечение в случае, когда санаторно-курортное лечение заменяет оказание медицинской помощи в стационарных условиях, а также на лечение после оказания медицинской помощи в стационарных условиях, при направлении застрахованных лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на медицинскую реабилитацию в санаторно-курортные организации в период временной нетрудоспособности (далее — путевка на лечение);
- в строке «дата 2» проставляется дата окончания путевки на лечение;
- в строке «№ путевки» указывается номер путевки на лечение;
- в строке «Основной государственный регистрационный номер санаторно-курортной организации» указывается основной государственный регистрационный номер записи, внесенной в Единый государственный реестр юридических лиц, о медицинской организации, в которой осуществлялось санаторно-курортное лечение или медицинская реабилитация;
- при заполнении подраздела «по уходу» в случаях ухода за больным членом семьи (в том числе за ребенком при введении ограничительных мероприятий (карантина);
- в строке «возраст (лет/мес)» указывается возраст больного члена семьи, за которым осуществляется уход: в первых двух ячейках указывается число полных лет, во вторых двух ячейках указывается число полных месяцев;
- в случае осуществления ухода за больным членом семьи при совместном пребывании с ним в стационарных условиях (условиях дневного стационара) в строке «Находился в стационаре» заполняется период совместного пребывания с больным членом семьи в стационарных условиях (условиях дневного стационара), за исключением периодов, указанных в п. 49 настоящих Условий и порядка;
- в строке «родственная (семейная) связь» указывается соответствующий двухзначный код:

- 38 — мать (мачеха);
- 39 — отец (отчим);
- 40 — опекун;
- 41 — попечитель;
- 42 — иной родственник, фактически осуществляющий уход;
- в строке «Фамилия, имя, отчество (при наличии) члена семьи, за которым осуществляется уход» указываются полные фамилия, имя, отчество (при наличии) члена семьи, за которым осуществляется уход.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

При этом фамилия, имя, отчество (при наличии) члена семьи указываются с пробелами в одну ячейку.

При одновременном уходе за двумя детьми в первом ряду ячеек названной строки листка нетрудоспособности указываются возраст, родственная (семейная) связь, полные фамилия, имя, отчество (при наличии) первого ребенка, за которым осуществляется уход, во втором ряду ячеек названной строки листка нетрудоспособности указываются упомянутые данные на второго ребенка, за которым осуществляется уход.

При одновременном уходе более чем за двумя детьми, когда выдается второй листок нетрудоспособности, в первом и втором ряду ячеек названных строк указываются возраст, родственная (семейная) связь, полные фамилия, имя, отчество (при наличии) других детей, за которыми осуществляется уход, остальные строки (графы) листка нетрудоспособности оформляются идентично строкам (графам) первого листка нетрудоспособности;

- в строке «Отметки о нарушении условий оказания медицинской помощи» в зависимости от вида нарушения медицинской организацией, установившей факт нарушения условий оказания медицинской помощи, указывается следующий двухзначный код:

- 23 — несоблюдение предписанных условий оказания медицинской помощи;
- 24 — несвоевременная явка на прием к врачу (фельдшеру, зубному врачу);
- 25 — выход на работу без выписки;
- 26 — отказ от направления в учреждение МСЭ;
- 27 — несвоевременная явка в учреждение МСЭ;
- 28 — другие нарушения;
- в строке «Дата» указывается дата нарушения, в поле листка нетрудоспособности «Подпись врача» ставится подпись лечащего врача (фельдшера, зубного врача). Если нарушений условий оказания медицинской помощи не было, указанные строки листка нетрудоспособности не заполняются;
- в строке «Находился в стационаре» в ячейках «С» и «По» указываются соответственно даты начала и окончания оказания гражданину медицинской помощи (осуществления ухода за больным членом семьи) в стационарных условиях (условиях дневного стационара), в таблице «Освобождение от работы» листка нетрудоспособности делается запись о продолжительности оказания медицинской помощи.

В случае оказания медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара) и необходимости представления листка нетрудоспособности к оплате в таблице «Освобождение от работы» и в строке «Находился в стационаре» указываются соответствующие сроки оказания медицинской помощи, в строке (поле) «Иное» проставляется соответствующий двухзначный код «продолжает болеть».
При этом одновременно выдается новый листок нетрудоспособности, являющийся продолжением ранее выданного листка нетрудоспособности.
При выписке из медицинской организации, осуществляющей оказание медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара) нетрудоспособному гражданину, в строке листка нетрудоспособности «Находился в стационарных условиях» указывается общая длительность оказания медицинской помощи, а в таблице «Освобождение от работы» — сроки оказания медицинской помощи за исключением дней, указанных в ранее выданном листке нетрудоспособности.
При направлении на МСЭ лечащим врачом (фельдшером) указывается соответствующая дата в строке листка нетрудоспособности «Дата направления в бюро МСЭ».
При этом в таблице «Освобождение от работы» в графе «По какое число» последнего указанного там периода освобождения от работы вносится дата, предшествующая дате направления в бюро МСЭ.
При заполнении строк листка нетрудоспособности бюро МСЭ:

- в строках «Дата регистрации документов в бюро МСЭ» и «Дата освидетельствования в бюро МСЭ» бюро МСЭ указываются соответствующие даты;
- в строке «Установлена/изменена группа инвалидности» арабскими цифрами бюро МСЭ указывается группа инвалидности (1, 2, 3) в случае, если в результате освидетельствования в бюро МСЭ лицу установлена либо изменена группа инвалидности.

В случаях когда бюро МСЭ по результатам освидетельствования гражданина группа инвалидности не установлена или не изменена, строка листка нетрудоспособности «Установлена/изменена группа инвалидности» не заполняется.
При переосвидетельствовании гражданина, признанного ранее в установленном порядке инвалидом, в случае принятия бюро МСЭ решения об установлении группы инвалидности, установленная по результатам переосвидетельствования группа инвалидности указывается в строке «Установлена изменена группа инвалидности».
При установлении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний код «29» — «Установлена утрата профессиональной трудоспособности» указывается в ячейках «код изм».
Код «29» — «Установлена утрата профессиональной трудоспособности» проставляется в только при причинах нетрудоспособности 01 — заболевание (профессиональное заболевание и его обострение) или 02 — травма (несчастный случай на производстве или его последствия).

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

В поле «Подпись руководителя бюро МСЭ» ставится подпись руководителя бюро МСЭ.
При заполнении медицинской организацией таблицы «Освобождение от работы»:

- в графе «С какого числа» указывается дата (число, месяц и год), с которой гражданин освобожден от работы;
- в графе «По какое число» указывается дата (число, месяц и год) (включительно), по которую гражданин освобожден от работы.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях продление листка нетрудоспособности осуществляется со дня, следующего за днем осмотра гражданина врачом. Каждое продление записывается в отдельные строки граф таблицы листка нетрудоспособности.
Не допускается разрыв или пересечение периодов временной нетрудоспособности (за исключением случаев выдачи листка нетрудоспособности по коду «10»).
При продлении листка нетрудоспособности медицинской организацией (подразделением медицинской организации), в которую гражданин был направлен или обратился за оказанием медицинской помощи, выдается листок нетрудоспособности, являющийся продолжением ранее выданного листка нетрудоспособности.
При наступлении заболевания (профессионального заболевания, травмы, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравления и иного состояния, связанного с временной потерей трудоспособности), не связанного с заболеванием (профессиональным заболеванием, травмой, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением и иным состоянием, связанным с временной потерей трудоспособности), по которому гражданин уже освобожден от работы, не допускается продление ранее выданного листка нетрудоспособности в связи с наступившим заболеванием (профессиональным заболеванием, травмой, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением и иным состоянием, связанным с временной потерей трудоспособности).
В случае оказания медицинской помощи и при необходимости освобождения от работы гражданина в связи с наступившим заболеванием (профессиональным заболеванием, травмой, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением и иным состоянием, связанным с временной потерей трудоспособности) выдается первичный листок нетрудоспособности. В случае продолжения оказания медицинской помощи гражданину по заболеванию (профессиональному заболеванию, травме, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением и иным состояниям, связанным с временной потерей трудоспособности), наступившему ранее, листок нетрудоспособности продлевается по данному заболеванию (профессиональному заболеванию, травме, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлению и иному состоянию, связанному с временной потерей трудоспособности) до восстановления трудоспособности (направления на МСЭ).
Медицинской организацией (подразделением медицинской организации), в которую гражданин был направлен или обратился за оказанием медицинской помощи, в ранее выданном листке нетрудоспособности в строке «Иное» вносится код «31», в строке «Выдан листок (продолжение) №» указывается номер листка нетрудоспособности, выданного в продолжение.
В случаях выдачи листка нетрудоспособности в продолжение выданного листка нетрудоспособности допускается заполнение полей «Иное» и «Выдан листок (продолжение) №» медицинской организацией (подразделением медицинской организации), ранее выдавшей листок нетрудоспособности.
Если гражданин после выдачи или продления листка нетрудоспособности на прием не явился, а при очередном посещении признан нетрудоспособным, то период неявки (в рамах одного страхового случая, но не более 7 календарных дней) включается в общий период нетрудоспособности. Продление листка нетрудоспособности осуществляется по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности (направления на МСЭ). Период неявки нетрудоспособного гражданина заполняется одной строкой в графы таблицы «Освобождения от работы».
При оформлении дубликата листка нетрудоспособности в графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указывается весь период нетрудоспособности гражданина.
При оформлении листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии, в том числе за прошедшее время, в графах «Должность врача» и «Фамилия и инициалы врача» указываются фамилия, инициалы и должность лечащего врача (фельдшера, зубного врача), фамилия и инициалы председателя врачебной комиссии после каждого случая, рассматриваемого на врачебной комиссии.
При направлении медицинскими организациями больных туберкулезом по путевкам в санаторно-курортные организации на лечение в случае, когда санаторно-курортное лечение заменяет оказание медицинской помощи в стационарных условиях, а также на лечение после оказания медицинской помощи в стационарных условиях, листок нетрудоспособности выдается по решению врачебной комиссии

противотуберкулезной организации до отъезда гражданина на санаторно-курортное лечение. При этом в графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указываются дни пребывания в санаторно-курортной организации с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

При направлении на санаторно-курортное лечение листок нетрудоспособности оформляется лечащим врачом (фельдшером) медицинской организации и председателем врачебной комиссии до отъезда гражданина на лечение в санаторно-курортную организацию. В таблице «Освобождение от работы» лечащим врачом санаторно-курортной организации: в строке «Находился в стационаре» указываются сроки пребывания в санаторно-курортной организации, в графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указывается период санаторно-курортного лечения, не превышающий 24 календарных дня.
При направлении на лечение в санаторно-курортную организацию непосредственно после оказания медицинской помощи в стационарных условиях в строке «Иное» проставляется код «37». Продолжение листка нетрудоспособности оформляется в медицинской организации, направляющей гражданина на лечение.
При этом в строке «С какого числа» таблицы «Освобождение от работы» дата освобождения от работы в связи с лечением в санаторно-курортной организации указывается не позднее следующего дня за днем открытия данного листка нетрудоспособности медицинской организацией, направившей гражданина на лечение.
Допускается выдача листка нетрудоспособности за период лечения в санаторно-курортной организации, не превышающий 24 календарных дня, медицинской организацией, направившей гражданина на лечение в санаторно-курортную организацию, по решению врачебной комиссии на основании документа, подтверждающего пребывание гражданина в данной санаторно-курортной организации.
При направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на медицинскую реабилитацию в период временной нетрудоспособности в графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» листка нетрудоспособности одной строкой указывается период медицинской реабилитации, согласно направлению врачебной комиссии; в строке «Находился в стационарных условиях» указываются сроки пребывания в медицинской организации, в которой осуществляется медицинская реабилитация, с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.
Листок нетрудоспособности подписывается лечащим врачом (фельдшером, зубным врачом) медицинской организации и председателем врачебной комиссии.
В случаях выдачи листка нетрудоспособности на дни сложных исследований, манипуляций, процедур в графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» проставляются соответственно даты начала и окончания дней соответствующих исследований, манипуляций, процедур. При этом в случае оформления листка нетрудоспособности каждый новый период вносится в листок нетрудоспособности, являющийся продолжением.
При проведении сложных исследований, манипуляций, процедур в течение 1 дня в ячейках «С какого числа» и «По какое число» указывается одна и та же дата. Последующий день (дни) проведения соответствующих исследований, манипуляций, процедур указывается аналогично до завершения проводимых исследований, манипуляций, процедур.
В случаях оформления листка нетрудоспособности при проведении сложных исследований, манипуляций, процедур в строке «Причина нетрудоспособности» проставляется код «10».
В графах «Должность врача» и «Фамилия и инициалы врача (фельдшера, зубного врача)» таблицы «Освобождение от работы» указываются должность лечащего врача (фельдшера, зубного врача), его фамилия и инициалы (с пробелом в одну ячейку между фамилией и инициалами врача), а в случаях, рассматриваемых врачебной комиссией, председатель врачебной комиссии и указываются его фамилия и инициалы.
В графе «Подпись врача (фельдшера, зубного врача)» таблицы «Освобождение от работы» ставится подпись лечащего врача (фельдшера, зубного врача), а в случаях, рассматриваемых врачебной комиссией, — подпись председателя врачебной комиссии.
В строке «Приступить к работе» в ячейках «с» указывается дата восстановления трудоспособности со следующего дня после осмотра и признания гражданина трудоспособным.
В строке «Иное» указывается следующий двухзначный код:

- 31 — в случае, если гражданин продолжает болеть и ему выдают новый листок нетрудоспособности (продолжение);
- 32 — при установлении инвалидности (степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний);
- 33 — при изменении группы инвалидности;
- 34 — в случае смерти;
- 35 — в случае отказа от проведения МСЭ;
- 36 — в случае, когда гражданин после выдачи или продления листка нетрудоспособности на прием не являлся, а при очередном посещении признан трудоспособным;
- 37 — в случае направления на лечение непосредственно после оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Вслед за двухзначным кодом, проставляемым в строке «Иное», в ячейках «» для кодов 32, 33, 34 и 36 проставляется также дата установления инвалидности (дата определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний), изменения группы инвалидности, дата смерти гражданина, дата явки трудоспособным. Лицом, выдавшим листок нетрудоспособности, при закрытии листка нетрудоспособности пустые строки таблицы «Освобождение от работы» прочеркиваются одной горизонтальной линией.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

В строке «Выдан листок (продолжение) №» указывается номер листка нетрудоспособности, выданного в продолжение.
В поле «Подпись врача (фельдшера, зубного врача)» ставится подпись лечащего врача (фельдшера, зубного врача), закрывающего (продлевающего) листок нетрудоспособности.
Раздел «ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ» листка нетрудоспособности заполняется страхователем гражданина.
Для исправления ошибок, допущенных в разделе «ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ» при заполнении листка нетрудоспособности, ошибочная запись аккуратно зачеркивается, правильная запись взамен ошибочной вносится на оборотную сторону бланка листка нетрудоспособности, подтверждается записью «исправленному верить», подписью и печатью страхователя (печать проставляется при ее наличии). Не допускается исправление ошибок с помощью корректирующего или иного аналогичного средства.
При заполнении раздела «ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ»:

- в строке «(место работы наименование организации)» указывается полное или сокращенное наименование организации (обособленного подразделения); фамилия, имя, отчество (при наличии) страхователя физического лица (если заполняется листок нетрудоспособности, то с пробелами в одну ячейку);
- в строке «Основное» делается отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности представлен по основному месту работы;
- в строке «По совместительству» делается отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности представлен по месту работы по внешнему совместительству;
- в строке «Регистрационный №» проставляется регистрационный номер, указанный в извещении (уведомлении) страхователя (далее — Извещение), которое выдается при его регистрации в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации (далее — территориальный орган Фонда);
- в строке «код подчиненности» проставляется код в соответствии с Извещением, состоящий из пяти цифр, указывающий на территориальный орган Фонда, в котором страхователь зарегистрирован в текущий день;
- в строке «ИНН нетрудоспособного (при наличии)» может указываться идентификационный номер налогоплательщика — гражданина, имеющего право на получение пособия по временной нетрудоспособности, который проставляется из документа, подтверждающего постановку данного физического лица на налоговый учет в налоговом органе. Для получателей пособия по беременности и родам данная строка не заполняется;
- в строке «СНИЛС» указывается СНИЛС получателя пособия по временной нетрудоспособности и по беременности и родам;
- в строке «Условия исчисления» указывается соответствующий двухзначный код (при необходимости несколько кодов):

- 43 — в случае, если получатель пособия относится к категории лиц, подвергшихся воздействию радиации, имеющих в соответствии с законодательством Российской Федерации право на льготы при назначении и исчислении пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам;
- 44 — в случае, если получатель пособия приступил к работе в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях до 2007 г. и продолжает работать в этих местностях <36>;
- 45 — в случае, если получатель пособия имеет инвалидность;

- 46 — в случае, если с получателем пособия заключен трудовой договор (служебный контракт) на срок менее 6 мес; данный код не проставляется в случае указания кода «11» в строке листка нетрудоспособности «Причина нетрудоспособности»;
- 47 — в случае, если заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности, в течение которых лицо подлежит обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;
- 48 — при уважительной причине нарушения условий оказания медицинской помощи (в случае если в строке листка нетрудоспособности «Отметки о нарушении условий оказания медицинской помощи» проставлен соответствующий код);
- 50 — в случае, если продолжительность заболевания или травмы превышает 5 мес в календарном году для получателей пособия, имеющих инвалидность на день наступления страхового случая; данный код не проставляется в случае указания кода «11» в строке листка нетрудоспособности «Причина нетрудоспособности»;
- 51 — в случае, указанном в ч. 1.1 ст. 14 Федерального закона № 255-ФЗ <37>, когда получатель пособия на день наступления страхового случая работает на условиях неполного рабочего времени (неполной рабочей недели, неполного рабочего дня);
- в строке «Акт формы Н-1» от указывается число, месяц и год составления акта в случае, когда временная нетрудоспособность получателя пособия наступила в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;
- в строке «Дата начала работы» указывается число, месяц и год, с которого получатель пособия должен был приступить к работе в случае аннулирования трудового договора (если заболевание или травма наступили в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования);
- в строке «Страховой стаж» в ячейках «лет», «мес.», указывается количество полных лет, месяцев деятельности работника, учитываемой в страховом стаже в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- в строке «в том числе нестраховые периоды» в ячейках «лет», «мес.» указывается количество полных лет, месяцев прохождения работником военной службы, а также иной службы, предусмотренной законом Российской Федерации от 12.02.1993 № 4468-1 «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, войсках национальной гвардии Российской Федерации, органах принудительного исполнения Российской Федерации, и их семей» <38> с 1 января 2007 г.»;
- в строке «Фамилия и инициалы руководителя» указываются фамилия и инициалы руководителя подразделения организации или руководителя организации в случае, если организация не имеет подразделений, либо фамилия и инициалы страхователя физического лица, либо его уполномоченного представителя в поле «Подпись» проставляется его подпись;
- в строке «Фамилия и инициалы гл. бухгалтера» указываются фамилия и инициалы главного бухгалтера (руководителя бухгалтерской службы) организации (подразделения организации) либо его уполномоченного представителя, в поле листка нетрудоспособности «Подпись» проставляется его подпись.

Глава VII. Экспертиза временной нетрудоспособности

В случае если у страхователя отсутствует должность главного бухгалтера, в строке «Фамилия и инициалы гл. бухгалтера» указываются фамилия и инициалы руководителя страхователя (страхователя физического лица) или иного лица, уполномоченного на ведение бухгалтерского учета, в поле «Подпись» проставляется его подпись.

Глава VIII. Юридическая ответственность врача

В.А. Артымук
Взаимодействие таких областей человеческой деятельности, как медицина и закон, — постоянно меняющаяся область знаний. Следует отметить, что важность понимания правонарушений медицинского характера является показателем проблем в обществе и импульсом его изменений.
В последние годы в отечественной социальной сфере обозначилась и получила мощное развитие проблема защиты прав медицинских работников и пациентов.
Акушерство и гинекология — одна из наиболее рискованных специальностей, где возможно непреднамеренное причинение вреда пациентке. Так, в последнее время растет число исковых заявлений к медицинским работникам родовспомогательных учреждений, в том числе врачам — акушерам-гинекологам.
:
Виды юридической ответственности, к которым может быть привлечен врач

- дисциплинарная;
- материальная;
- гражданская;
- административная;
- уголовная.

— вид ответственности, которая наступает вследствие нарушения трудовой дисциплины и выражается в наложении дисциплинарного взыскания на работника, совершившего проступок. Дисциплинарная ответственность установлена Трудовым кодексом (ТК) РФ.
Дисциплинарная ответственность
За совершение дисциплинарных проступков законом предусмотрены дисциплинарные взыскания — замечание, выговор, увольнение по соответствующему основанию (ст. 192 ТК РФ).
Дисциплина труда — обязательное для всех работников подчинение правилам поведения, определенным в соответствии с ТК РФ, иными ФЗ, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором (ст. 189 ТК РФ).
. Наличие у медицинского работника нескольких замечаний/выговоров (п. 5 ст. 81 ТК РФ) или однократное грубое нарушение (случаи предусмотрены в п. 6 ст. 81 ТК РФ) трудовых обязанностей может послужить основанием для увольнения согласно ст. 81 ТК РФ.
Пример
— ответственность, которая наступает за причинение ущерба работодателю.
Материальная ответственность
Дисциплинарная ответственность установлена ТК РФ.
Работник обязан работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат (ст. 238 ТК РФ).
возместить
()
Под прямым действительным ущербом, причиненным работодателю, понимается реальное уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества в том числе находящегося у работодателя имущества третьих лиц, если он несет ответственность за сохранность этого имущества, а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение или восстановление имущества либо на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам.
Под ущербом, причиненным работником третьим лицам, следует понимать все суммы, которые выплачены работодателем третьим лицам в счет возмещения ущерба. При этом необходимо иметь в виду, что работник может нести между действиями (бездействием) работника и причинением ущерба третьим лицам (ст. 238 ТК РФ).
ответственность лишь в пределах этих сумм и при условии наличия причинно-следственной связи
В силу ч. 2 ст. 392 ТК РФ работодатель вправе предъявить иск к работнику о взыскании сумм, выплаченных в счет возмещения ущерба третьим лицам, в течение 1 года с момента выплаты работодателем данных сумм.
За причиненный работник несет материальную ответственность в пределах своего , если иное не предусмотрено настоящим ТК или иными ФЗ (ст. 241 ТК РФ).
ущербсреднего месячного заработка
Полная материальная ответственность медицинского работника наступает в случаях, предусмотренных ст. 242, 243 ТК РФ.
Возмещение ущерба производится независимо от привлечения работника к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности за действия или бездействие, которыми причинен ущерб работодателю.
. Врач, находясь на работе, включил неисправный электрический чайник и, не проконтролировав его безопасную работу, уснул. Произошло короткое замыкание, вследствие которого возникло возгорание. Огонь был потушен силами сотрудников медицинской организации, выгорело 2/3 помещения. В ходе служебного расследования данного инцидента было установлено, что врач находился в состоянии алкогольного опьянения, и работодатель взыскал полную стоимость причиненного ущерба в соответствии с положением ст. 242, 243 ТК РФ.
Пример

— это обеспеченное государственным принуждением возложение предусмотренных законом или договором лишений имущественного характера на лицо, совершившее неправомерное действие. Гражданско-правовая ответственность регулируется Гражданским кодексом (ГК) РФ. Применение мер ответственности — это применение санкции, то есть возникновение, изменение или прекращение гражданского правоотношения, применяемое к правонарушителю, понуждающее его к определенному поведению и явно для него нежелательное.
Гражданско-правовая ответственность
Этот вид ответственности предполагает санкции материальной ответственности, но с оговоркой, что медицинским работником нарушены права лица или группы лиц, не связанных с медицинской организацией, но возникших из правоотношений в виде профессиональных обязанностей медицинского работника и гражданскими правами этих лиц.

Глава VIII. Юридическая ответственность врача

.
Особенности гражданско-правовой ответственности

- Это, как правило, имущественная ответственность.
- Как и любая правовая ответственность, она обеспечивается принуждением. Но если чаще всего ответственность немыслима без принуждения, то в гражданском праве в одних случаях к правонарушителю применяются меры принуждения (например, по решению суда взыскивается неустойка), а в других случаях существует лишь угроза применения таких мер.
- Гражданское право основывается на необходимости обеспечения восстановления нарушенных прав (п. 1 ст. 1 ГК РФ). Меры ответственности направлены на возмещение затрат (потерь) потерпевшего. Таким образом, меры ответственности в гражданском праве характеризуются компенсационной (восстановительной) функцией. Но не во всех случаях происходит именно компенсация — восстановление положения, существовавшего до правонарушения, бывает ограниченная ответственность.
- Ответственность в гражданском праве — это ответственность участников правоотношения друг перед другом (должника перед кредитором, причинителя вреда перед потерпевшим), строится на началах юридического равенства.
- Правовая ответственность всегда нормативно обоснована. Законом предусматриваются юридические факты, порождающие охранительное правоотношение, формы и способы защиты субъективных прав и т.д.
- К ответственности привлекаются не только граждане (физические лица), но и организации (юридические лица), а также Российская Федерация, субъекты Российской Федерации и муниципальные образования.
- В гражданском праве вина правонарушителя предполагается, поэтому бремя . В некоторых случаях закон предусматривает наступление ответственности и без вины правонарушителя, а также ответственности за чужую вину.

доказывания отсутствия вины лежит на правонарушителе
.
Деликтноеобязательство
():
Факт причинения вреда является основанием возникновения деликтного обязательства в обязательной совокупности со следующими условиями состав деликтного обязательства

- ;

наступление вреда
- ();

противоправность действия бездействия причинителя вреда
- ()();

причинная связь между действием бездействием причинителя вреда и наступлением неблагоприятных для потерпевшего последствий вред имуществу, жизни, здоровью, моральный вред
- .

вина причинителя вреда
Основанием освобождения от ответственности служит доказывание причинителем вреда отсутствия своей вины.Ст. 61 ГК РФ предусматривает только общие основания освобождения от ответственности и не создает тождество с принципами деликтного обязательства. Общими основаниями являются следующие.

- *Обстоятельства, признанные судом общеизвестными, не нуждаются в доказывании.*
- *Обстоятельства, установленные вступившим в законную силу судебным постановлением по ранее рассмотренному делу, обязательны для суда. Указанные обстоятельства не доказываются вновь и не подлежат оспариванию при рассмотрении другого дела, в котором участвуют те же лица.*
- *При рассмотрении гражданского дела обстоятельства, установленные вступившим в законную силу решением арбитражного суда, не должны доказываться и не могут оспариваться лицами, если они участвовали в деле, которое было разрешено арбитражным судом.*
- *Вступивший в законную силу приговор суда по уголовному делу обязателен для суда, рассматривающего дело о гражданско-правовых последствиях действий лица, в отношении которого вынесен приговор суда, по вопросам, имели ли место эти действия и совершены ли они данным лицом.*
- *Обстоятельства, подтвержденные нотариусом при совершении нотариального действия, не требуют доказывания, если подлинность нотариально оформленного документа не опровергнута в порядке, установленном ст. 186 настоящего Кодекса, или не установлено существенное нарушение порядка совершения нотариального действия.*

Положения, согласно которым медицинский работник может быть привлечен к гражданско-правовой ответственности (ГК РФ).
Положения ч. 3 ст. 98 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливают, что вред, причиненный жизни и/или здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается в объеме и порядке, установленными законодательством Российской Федерации.
медицинскими организациями
Согласно ст. 1064 ГК РФ, , причиненный личности или имуществу гражданина, лицом, причинившим вред. Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине.
вредподлежит возмещению в полном объеме
В силу ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.
Из смысла указанных норм права следует, что для применения предусмотренной ими ответственности необходимо наличие состава правонарушения, который включает в себя , противоправность действий и вину причинителя вреда, а также причинно-следственную связь между действиями ответчика и возникшими у истца неблагоприятными последствиями.
наличие вреда и доказанность его размера
Согласно ст. 151 ГК РФ, если гражданину причинен (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.
моральный вред
Согласно положениям, содержащимся в постановлении Пленума Верховного суда РФ № 1 от 26.01.2010 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина», по общему правилу (п. 1 и 2 ст. 1064 ГК РФ). Однако есть ряд судебных прецедентов, в которых суд взыскивал компенсацию морального вреда в отсутствие вины ввиду наличия источника повышенной опасности.
ответственность за причинение вреда возлагается на лицо, причинившее вред, если оно не докажет отсутствия своей вины
Согласно п. 2 ст. 1101 Гражданского процессуального кодекса РФ, размер компенсации определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина служит основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости.
морального вреда
. При прерывании беременности методом аспирации в условиях операционной ЖК произошла перфорация матки. Пациентка экстренно госпитализирована в дежурное гинекологическое отделение, выполнена лапароскопия, ушивание перфорационного отверстия. Кровопотеря

составила 500 мл. Заболевание не представляло угрозы для жизни и здоровья пациентки, однако, согласно заключению судебно-медицинской экспертизы, установлено, что перфорация матки совершена желобоватым зондом, использование которого не регламентировано при мануальной вакуум-аспирации. Врач — акушер-гинеколог по решению суда привлечен к гражданской ответственности по ст. 151, 1064, 1099 и выплатил компенсацию морального и материального вреда пациентке.
Пример

Глава VIII. Юридическая ответственность врача

— вид ответственности, применяемой уполномоченным органом или должностным лицом за совершение административного правонарушения в виде административного наказания. Административная ответственность регулируется Кодексом об административно-правовых нарушениях РФ.
Административная ответственность
Согласно ст. 2.1 Кодекса об административно-правовых нарушениях РФ, административным правонарушением признается противоправное, виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое настоящим Кодексом или законами субъектов Российской Федерации об административных правонарушениях установлена административная ответственность.
Признаки административного правонарушения:

- деяние (действие/бездействие);
- противоправность — заключается в совершении деяния, нарушении нормы административного и иных отраслей права (трудового, земельного, финансового), охраняемых мерами административной ответственности;
- виновность — противоправные деяния являются административным правонарушением только в том случае, если имеет место вина данного лица, то есть содеянное было совершено умышленно или по неосторожности;
- наказуемость деяния — то есть за содеянное наступает административная ответственность.

Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях установлено незначительное число составов, которые прямо связаны с деятельностью медицинских работников.
Ст. 6.3, 6.8, 6.29, 6.32, 14.4 Кодекса об административных правонарушениях РФ могут потенциально применяться к медицинским работникам, .
но происходит это довольно редко
. Пациентка обратилась в ЖК в целях прерывания беременности. Прерывание беременности хирургическим методом было без осложнений. Однако до оперативного вмешательства врач забыл подписать у пациентки добровольное информированное согласие на прерывание беременности. Через 2 мес проверка Росздравнадзором данной медицинской организации выявила отсутствие данного документа. Врач был привлечен к административной ответственности по ст. 6.32 Кодекса об административно-правовых нарушениях РФ.
Пример
— установленная уголовным законом обязанность лица понести наказание или иные меры уголовно-правового характера за совершенное им преступление.
Уголовная ответственность
Преступлением признается совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Кодексом под угрозой наказания [ст. 14 Уголовного кодекса (УК) РФ].
Основанием уголовной ответственности является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления, предусмотренного Кодексом (ст. 8 УК РФ).
:
Статьи УК РФ, применяемые в отношении врачей

- ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности»;
- ст. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности»;
- ст. 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией»;
- ст. 123 «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности»;
- ст. 124 «Неоказание помощи больному»;
- ст. 127.1 «Торговля людьми»;
- ст. 153 «Подмена ребенка»;
- ст. 235 «Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности»;
- ст. 236 «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил»;
- ст. 237 «Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей»;
- ст. 238 «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности»;
- ст. 285 «Злоупотребление должностными полномочиями» (нецелевое расходование бюджетных средств, ст. 285.1);
- ст. 286 «Превышение должностных полномочий»;
- ст. 290 «Получение взятки»;
- ст. 292 «Служебный подлог»;
- ст. 293 «Преступная халатность».

Презумпция — это предположение, признаваемое истинным, пока не доказано обратное.
Конституцией РФ установлено, что каждый обвиняемый в совершении преступления считается , пока его виновность не будет доказана в предусмотренном законом порядке и установлена вступившим в законную силу приговором суда.
невиновным
Никто не обязан свидетельствовать против себя самого, своего супруга и близких родственников, круг которых определяется ФЗ (ст. 51 Конституции РФ).
Данным правом может воспользоваться свидетель при определенных законом обстоятельствах: ст. 56 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации.
Законное право подозреваемого и обвиняемого не давать показания предусмотрено законодателем в п. 2 ч. 4 ст. 46 и п. 3 ч. 4 ст. 47 Уголовно-процессуального кодекса РФ, согласно которым указанные лица вправе отказаться от дачи объяснений и показаний.
«Право на молчание» является общепризнанной международной нормой, полностью согласующейся с Международным пактом о гражданских и политических правах. Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод прямо не содержит такого положения, однако Европейский суд по правам человека исходит из того, что эти положения лежат в основе понятия (ст. 6 Европейской конвенции). С 15 марта 2022 г. постановления Европейского суда по правам человека на территории РФ не исполняются.
справедливой судебной процедуры
При этом ст. 51 Конституции РФ не исключает право на дачу признательных и изобличающих кого-либо показаний, «никто не обязан», но каждый имеет право свидетельствовать. При соблюдении остальных требований закона добровольно данные показания являются допустимым доказательством.

Глава VIII. Юридическая ответственность врача

Права подозреваемого и обвиняемого (п. 2 ч. 4 ст. 46 и п. 3 ч. 4 ст. 47 Уголовно-процессуального кодекса РФ).

- Подозреваемый вправе давать объяснения и показания по поводу имеющегося в отношении его подозрения либо отказаться от дачи объяснений и показаний.
- Обвиняемый вправе возражать против обвинения, давать показания по предъявленному ему обвинению либо отказаться от дачи показаний. При согласии обвиняемого дать показания он должен быть предупрежден о том, что его показания могут быть использованы в качестве доказательств по уголовному делу, в том числе и при его последующем отказе от этих показаний, за исключением случая, предусмотренного п. 1 ч. 2 ст. 75 настоящего Кодекса.

Обвиняемый вправе:

- знать, в чем подозревается/обвиняется;
- пользоваться помощью защитника — адвоката;
- знакомиться по окончании предварительного расследования со всеми материалами уголовного дела;
- заявлять ходатайства;
- знакомиться с постановлением о назначении судебной экспертизы, ставить вопросы эксперту и знакомиться с заключением эксперта.

При реализации прав свидетеля медицинский работник, давая показания по уголовному делу, даже при допросе в качестве свидетеля должен быть готовым к даче показаний, знать медицинскую документацию, основывать свои ответы на нормативно-правовых актах и нормативных актах.
Несмотря на запрет использовать свидетельские показания, данные в статусе свидетеля, в случае изменения статуса на «подозреваемый», в дальнейшем — «обвиняемый», врачу/акушерке будет труднее менять показания, ориентируясь на измененный процессуальный статус.
В связи с этим нужно быть аккуратным при даче свидетельских показаний, быть подготовленным и напомнить себе медицинские документы, знать применимые в данных обстоятельствах нормативные акты.
В связи с правовой неопределенностью понятия врачебной ошибки при наступлении неблагоприятных последствий для здоровья пациентки в связи с действием (бездействием) медицинского работника и возникающих из этого трудностей с квалификацией действий (бездействий) лиц в рамках уголовного законодательства чаще всего сотрудниками правоохранительных органов для квалификации действий врачей применяются ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности), ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности).
Вместе с тем медицинские работники, выполняющие в учреждениях родовспоможения (должностные лица), могут быть субъектами следующих преступлений: злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285 УК РФ); нецелевое расходование бюджетных средств (ст. 285.1 УК РФ); превышение должностных полномочий (ст. 286 УК РФ); получение взятки (ст. 290 УК РФ); служебный подлог (ст. 292 УК РФ); халатность (ст. 293 УК РФ), а в частной (коммерческой) медицинской деятельности: злоупотребление полномочиями (ст. 201 УК РФ), коммерческий подкуп (ст. 204 УК РФ).
должностные функции
Большинство указанных «медицинских» преступлений (ст. 109, 118, ч. 4 ст. 122, 124, 236 УК РФ) относится к неумышленным, они связаны с причинением опасных последствий по неосторожности ввиду ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, в отличие от так называемых должностных, совершенных с умыслом, сюда же относятся преступления, предусмотренные ст. 153 УК РФ (подмена ребенка), ст. 127.1 УК РФ (торговля людьми) и ст. 238 УК РФ (производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности). Субъективная сторона большинства указанных преступлений характеризуется виной в форме неосторожности (легкомыслия или небрежности).
Крайне важным элементом доказывания невиновности медицинского работника является качественная .
судебно-медицинская экспертиза
Назначение и производство судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить:

- ;

причинусмерти

- .

характер и степень вреда, причиненного здоровью
:
Права подозреваемого, обвиняемого и его защитника, потерпевшего и его представителя при назначении судебно-медицинской экспертизы

- знакомиться с постановлением о назначении судебной экспертизы;
- заявлять отвод эксперту или ходатайствовать о производстве судебной экспертизы в другом экспертном учреждении;
- ходатайствовать о привлечении в качестве экспертов указанных ими лиц либо о производстве судебной экспертизы в конкретном экспертном учреждении;
- ходатайствовать о внесении в постановление о назначении судебной экспертизы дополнительных вопросов эксперту;
- присутствовать с разрешения следователя при производстве судебной экспертизы, давать объяснения эксперту;
- знакомиться с заключением эксперта или сообщением о невозможности дать заключение, а также с протоколом допроса эксперта.

Причинами допущения врачебных ошибок условно могут быть названы следующие.

- Атипичный характер заболевания или внезапное появление какого-то патологического процесса.
- Комбинированное, особо сложное или неизвестное заболевание.
- Врожденные аномалии внутренних органов и/или систем организма.
- Особо трудные объективные внешние условия при врачебном вмешательстве.
- Общее несовершенство медицинской науки и практики.

Глава VIII. Юридическая ответственность врача

Условия наступления уголовной ответственности врача.

- Деяние, выполненное с нарушением действующих нормативов оказания медицинской помощи по данному клиническому профилю (стандартов и порядков оказания медицинской помощи, клинических протоколов лечения — национальных КР), а также обычаев медицинской практики.
- Наступление неблагоприятных последствий (для пациента — в виде причинения вреда здоровью или смерти, для общества — распространения массовых заболеваний или оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности).
- Наличие прямой причинно-следственной связи между деянием этого медицинского работника и наступившими негативными последствиями.

Уголовная ответственность медицинского работника может наступать только при установлении прямой (непосредственной) причинно-следственной связи между его действиями и наступившими неблагоприятными последствиями.
. При введении внутриматочного контрацептива в ЖК пациентке Р. врачом — акушером-гинекологом А. проигнорирован выраженный болевой синдром во время процедуры введения. Женщина была отпущена домой без последующего наблюдения. Вечером супруг женщины обнаружил ее дома без признаков жизни. Патологоанатомическое исследование установило причиной смерти женщины массивную кровопотерю вследствие перфорации матки в области ребра. Судебно-медицинская экспертиза установила причинно-следственную связь между действиями врача и смертью пациентки. Действия врача — акушера-гинеколога А. квалифицированы по ч. 2 ст. 109 УК РФ.
Пример 1
. Врач — акушер-гинеколог Т., находясь на своем рабочем месте в частном медицинском центре ООО «Р.», имеющем лицензию по акушерству и гинекологии (без искусственного прерывания беременности), проводя операцию по искусственному прерыванию беременности К. (на сроке 10–12 нед), не выяснив аллергический статус пациентки, ввел ей лекарственный препарат лидокаин, действие которого как химически повреждающего фактора привело к смерти К. Установить патогенетический механизм действия лидокаина (анафилактический шок или токсическое действие) не удалось по объективным причинам. Судебно-медицинская экспертиза установила прямую причинно-следственную связь между введением лидокаина К. и наступлением смерти пациентки. Действия врача — акушера-гинеколога Т. квалифицированы по ч. 2 ст. 235 УК РФ.
Пример 2
Таким образом, юридическая ответственность врача при выполнении профессиональных обязанностей может наступить в том числе тех, которым оказывалась медицинская помощь. В основе предупреждения наступления юридической ответственности — строгое соблюдение должностной инструкции врача, КР, нормативно-правовых актов МЗ РФ, санитарно-эпидемиологических правил и норм, ГРЛС, а также . *вследствие* **ненадлежащего оказания медицинской помощи, нарушения трудовой дисциплины, умышленного причинения материального вреда имуществу работодателя, вследствие нарушения гражданских прав лиц,непрерывное медицинское образование**

Глава VIII. Юридическая ответственность врача

Список литературы

- Давыдовский И.В. Врачебные ошибки. Советская медицина, 1941.
- Атласов В.О., Комаревцева Л.Н. О юридической ответственности акушеров-гинекологов за профессиональные правонарушения // Журнал акушерства и женских болезней. 2004. № 4. С. 82–85.
- Петрова Т.Н. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении // Consilium Medicum. 2017. Vol. 19. N 6. P. 9–31. DOI: 10.26442/2075- 1753_19.6.9-31
- Винокурова М.А. Оказание медицинской помощи ненадлежащего качества: научное и юридическое содержание понятия // Вестник ННГУ. 2017. № 5.

- Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020).
- Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 14.07.2022, с изм. от 18.07.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 25.07.2022).
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 14.07.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2022).
- Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 14.07.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 25.07.2022).
- Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 14.07.2022, с изм. от 18.07.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 25.07.2022).

Приложения

Приложение 1 (к главе I)
Отмененные нормативные документы о работе женской консультации
Ранее ЖК осуществляли свою работу в соответствии с отмененными в настоящее время приказами: МЗ СССР от 22.04.1981 № 430 «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы ЖК», от 30.12.1999 № 462 «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным», от 08.04.1980 № 360 «Об утверждении положений о медицинских работниках родильных домов и ЖК (отделений)», МЗ РФ от 10.02.2003 № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» (вместе с «Инструкцией по организации работы ЖК», «Схемой динамического наблюдения беременных и родильниц», «Схемой динамического наблюдения гинекологических больных»), Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи», МЗ РФ от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”».
Приложение 2 (к главе I)
Стандарт оснащения женской консультации
Согласно приложению № 3 к Порядку (приказ № 1130н) «Стандарт оснащения» предусматривает следующее.
Стандарт оснащения ЖК <1>, <2>, <3>.
<1> Для оснащения ЖК первой группы (уровня).
<2> Для оснащения ЖК второй группы (уровня).
<3> Для оснащения ЖК третьей группы (уровня).
Стандарт оснащения кабинета врача — акушера-гинеколога <1>, <2>, <3>, кабинетов специализированных приемов <2>, <3> (за исключением кабинета врача — акушера-гинеколога для несовершеннолетних, кабинета функциональной диагностики и кабинета ультразвуковой диагностики)

	№ п/п		Код вида Номенклатурной классификации <4>		Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1 <5>	192000	Система телеметрического кардиотокографического мониторирования	Анализатор допплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный	1			
	119540	Монитор кардиологический фетальный					
119610	Система допплеровская фетальная						
2 <5>	239410	Аппарат для измерения АД анероидный механический	Аппарат для измерения АД	1			
	216350	Аппарат электронный для измерения АД с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный					
	216560	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на палец					
216630	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье						
122850	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, портативный						
122830	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, стационарный						
3 <5>	258800	Весы напольные, электронные	Весы медицинские	1			
	258830	Весы-стул, электронные					
258840	Весы напольные, механические						
4	103650	Дозатор для мыла/дезинфицирующих средств	Диспенсер для мытья и дезинфекции рук	2			
5	248430	Кольпоскоп	Кольпоскоп	1			
6 <5>	257280	Контейнер для сбора колюще-режущих медицинских отходов	Контейнеры и емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	2			
	336200	Пакет для сбора, хранения					

		и транспортировки медицинских отходов		
123680	Контейнер для отходов с биологическими загрязнениями			
7 <5>	185890	Контейнер для стерилизации/ дезинфекции	Емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов	1
269850	Контейнер для системы химической дезинфекции медицинских инструментов			
8 <5>	336120	Контейнер для анализа инвитро-диагностики, многоразового использования	Контейнер для хранения стекол и доставки в лабораторию	1
	340600	Контейнер для анализа инвитро-диагностики, одноразового использования		
186150	Контейнер для пересылки образцов, неизолированный			
	186160	Контейнер для пересылки образцов, изолированный		
334300	Контейнер для транспортировки образцов, термоизолированный, многоразового использования			
9 <5>	182870	Тележка с набором контейнеров для хирургических инструментов	Контейнер для хранения стерильных инструментов и материала	2
	273540	Бикс для перевязочного материала		
	269920	Лоток для инструментов		
185890	Контейнер для стерилизации/ дезинфекции			
330770	Камера стерилизационная бактерицидная			
10	151550	Стол гинекологический для осмотра/ терапевтических процедур, механический	Кресло гинекологическое	1
11 <5>	187250	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, механический	Кушетка медицинская	1
	187150	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с питанием от сети		
187220	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с гидравлическим приводом			
12 <5>	166030	Набор для акушерских/ гинекологических операций, не содержащий лекарственных средств, многоразового использования	Набор гинекологических инструментов	По числу пациенток в смену
	180490	Набор для гинекологического обследования		
165990	Набор для акушерских/ гинекологических операций, содержащий лекарственные средства			
321950	Набор для акушерских/ гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, одноразового использования			

13 <5>	131980	Лампа УФ бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха/ устройство для обеззараживания и/ или фильтрации воздуха, и/или дезинфекции поверхностей	1
	209360	Установка для создания ламинарного потока, передвижная		
152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной			
152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный			
14	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Противошоковая укладка	1
15	157600	Ростомер медицинский	Ростомер	1
16	105620	Рулетка, многоразового использования	Сантиметровая лента	1
17	187160	Светильник передвижной для проведения осмотра/ терапевтических процедур	Светильник медицинский передвижной	1
18	122050	Стетоскоп акушерский	Стетоскоп акушерский	1
19 <5>	124550	Стетоскоп неавтоматизированный	Стетофонендоскоп	1
292270	Стетоскоп электронный			
20 <5>	270020	Тележка для медицинских инструментов	Стол медицинский манипуляционный для размещения инструмента, лекарственных препаратов и приборов	1
	202390	Тележка медицинская универсальная		
270010	Стол для хирургических инструментов			
21	260310	Табурет/стул общего назначения	Стул медицинский	2
22	129690	Стул операционный	Стул медицинский винтовой	1
23	186180	Тазомер	Тазомер	1
24 <5>	126390	Термометр инфракрасный для измерения температуры тела пациента, кожный	Термометр медицинский	2
	184110	Термометр жидкокристаллический медицинский, одноразового использования		
213740	Термометр капиллярный для измерения температуры тела пациента, ртутный			
	266210	Термометр электронный для измерения температуры тела пациента в импульсном режиме		
	300390	Термометр с цветовой индикацией для измерения температуры тела пациента		
335240	Термометр капиллярный для измерения температуры тела пациента, безртутный, неспиртовой			
25	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Укладка для профилактики парентеральных инфекций	1
26 <5>	215850	Холодильник фармацевтический	Холодильник медицинский	1
	261620	Холодильник лабораторный, базовый		
143910	Холодильник для крови			
321680	Холодильник/ морозильник для хранения крови			

27	184200	Ширма медицинская	Ширма	1
28	139690	Шкаф для хранения лекарственных средств	Шкаф для медикаментов	1
29 <5>	270000	Шкаф медицинский для инструментов	Стол/шкаф для хранения инструментария и средств медицинского назначения	1
270010	Стол для хирургических инструментов			
30	137020	Шкаф для хранения медицинских карт	Шкаф для хранения медицинской документации	1

Приложения

<4> Приказ МЗ РФ от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий» (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2012 г., регистрационный № 24852), с изменениями, внесенными приказами МЗ РФ от 25.09.2014 № 557н (зарегистрирован Минюстом России 17 декабря 2014 г., регистрационный № 35201) и от 07.07.2020 № 686н (зарегистрирован Минюстом России 10 августа 2020 г., регистрационный № 59225) (далее — Номенклатурная классификация).
<5> Необходимо наличие одной из указанных позиций.

Прочее оборудование (оснащение)

№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Рабочее место врача — акушера-гинеколога с подключением к информационно-коммуникационной сети Интернет	1
2	Рабочее место медицинской сестры с подключением к информационно-коммуникационной сети Интернет	1
3	Персональный компьютер с принтером	2

Стандарт оснащения кабинета функциональной диагностики <2>, <3>

№ п/п	Код вида Номенклатурной классификации	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1 <5>	239410	Аппарат для измерения АД анероидный механический	Аппарат для измерения АД	1
	216350	Аппарат электронный для измерения АД с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный		
216560	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на палец			
216630	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье			
	122850	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, портативный		
122830	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, стационарный			
2	145190	Регистратор амбулаторный для мониторинга АД	Аппарат для суточного мониторирования АД	Не менее 2
3 <5>	258800	Весы напольные, электронные	Весы медицинские	1
	258830	Весы-стул, электронные		
258840	Весы напольные, механические			
4	103650	Дозатор для мыла/дезинфицирующих средств	Диспенсер для мытья и дезинфекции рук	1
5	119540	Монитор кардиологический фетальный	Кардиомонитор фетальный	Не менее 2
6 <5>	257280	Контейнер для сбора колюще-режущих медицинских отходов	Контейнеры и емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	1
	336200	Пакет для сбора, хранения и транспортировки медицинских отходов		
123680	Контейнер для отходов с биологическими загрязнениями			

7 <5>	187250	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, механический	Кушетка медицинская	Не менее 2
	187150	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с питанием от сети		
187220	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с гидравлическим приводом			
8 <5>	131980	Лампа УФ бактерицидная	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и/или фильтрации воздуха, и/или дезинфекции поверхностей	1
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной			
152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный			
9	157600	Ростомер медицинский	Ростомер	1
10	105620	Рулетка, многоразового использования	Сантиметровая лента	1
11	122050	Стетоскоп акушерский	Стетоскоп акушерский	1
12 <5>	124550	Стетоскоп неавтоматизированный	Стетофонендоскоп	1
292270	Стетоскоп электронный			
13	184200	Ширма медицинская	Ширма	1
14	137020	Шкаф для хранения медицинских карт	Шкаф для хранения медицинской документации	1
15 <5>	210160	Электрокардиограф, профессиональный, одноканальный	Электрокардиограф многоканальный, с усреднением сигнала с передачей по каналам мобильной связи и автоматической интерпретацией (I, II, III)	Не менее 2
	269170	Электрокардиограф, профессиональный, многоканальный		
122620	Электрокардиограф многоканальный, с усреднением сигнала			

Прочее оборудование (оснащение)

	№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Рабочее место врача функциональной диагностики с подключением к информационно-коммуникационной сети Интернет		1
2	Персональный компьютер с принтером		1

Приложения

Стандарт оснащения кабинета ультразвуковой диагностики <2>, <3>

	№ п/п		Код вида Номенклатурной классификации		Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1	260250	Система УЗ-визуализации универсальная	Аппарат для УЗИ с цветным допплером и тремя датчиками (трансабдоминальный, трансвагинальный и линейный)	1			
2	234270	Видеопринтер	Видеопринтер	1			
3	103650	Дозатор для мыла/ дезинфицирующих средств	Диспенсер для мытья и дезинфекции рук	1			
4 <5>	257280	Контейнер для сбора колюще-режущих медицинских отходов	Контейнеры и емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	1			
	336200	Пакет для сбора, хранения и транспортировки медицинских отходов					
123680	Контейнер для отходов						

	с биологическими загрязнениями			
5 <5>	187250	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, механический	Кушетка медицинская	1
	187150	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с питанием от сети		
187220	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с гидравлическим приводом			
6 <5>	131980	Лампа УФ бактерицидная	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и/или фильтрации воздуха, и/или дезинфекции поверхностей	1
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной			
152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный			
7	184200	Ширма медицинская	Ширма	1
8	137020	Шкаф для хранения медицинских карт	Шкаф для хранения медицинской документации	Не менее 1

Прочее оборудование (оснащение)

	№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Рабочее место врача УЗ-диагностики с подключением к информационно-коммуникационной сети Интернет	1	
2	Рабочее место медицинской сестры с подключением к информационно-коммуникационной сети Интернет	1	
3	Персональный компьютер с принтером	2	

Стандарт оснащения кабинета доврачебного приема <2>, <3>

	№ п/п		Код вида Номенклатурной классификации		Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемо количест шт.
1	151550	Стол гинекологический для осмотра/ терапевтических процедур, механический	Кресло гинекологическое	1			
2 <5>	187150	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с питанием от сети	Кушетка медицинская	1			
	187220	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с гидравлическим приводом					
187250	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, механический						
3	105620	Рулетка, многоразового использования	Сантиметровая лента	1			
4	186180	Тазомер	Тазомер	1			
5 <5>	180490	Набор для гинекологического обследования	Набор гинекологических инструментов	По числу пациенток в смену			
	166030	Набор для акушерских/ гинекологических операций, не содержащий лекарственных средств, многоразового использования					
165990	Набор для акушерских/ гинекологических операций, содержащий лекарственные средства						
321950	Набор для акушерских/ гинекологических операций, не содержащий						

	лекарственных средств, одноразового использования			
6	122050	Стетоскоп акушерский	Стетоскоп акушерский	1
7 <5>	119540	Монитор кардиологический фетальный	Анализатор допплеровский сердечно-сосудистой деятельности плода, малогабаритный	1
	192000	Система телеметрического кардиотокографического мониторирования		
119540	Монитор кардиологический фетальный			
8	187160	Светильник для осмотра/ терапевтических процедур передвижной	Светильник медицинский передвижной	1
9	184200	Ширма медицинская	Ширма	1
10 <5>	131980	Лампа УФ бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха/ устройство для обеззараживания и/или фильтрации воздуха, и/или дезинфекции поверхностей	1
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной			
152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный			
11 <5>	270020	Тележка для медицинских инструментов	Стол медицинский манипуляционный для размещения инструмента, лекарственных препаратов и приборов	1
	270010	Стол для хирургических инструментов		
202390	Тележка медицинская универсальная			
12 <5>	216350	Аппарат электронный для измерения АД с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный	Аппарат для измерения АД	1
	216630	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на плечо/ запястье		
239410	Аппарат для измерения АД анероидный механический			
	122830	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, стационарный		
122850	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, портативный			
13	248560	Планшет для предметных стекол	Емкость для хранения стекол с мазками и их доставки в лабораторию	1
14 <5>	126390	Термометр инфракрасный для измерения температуры тела пациента, кожный	Медицинский термометр	1
	184110	Термометр жидкокристаллический медицинский, одноразового использования		
	213740	Термометр капиллярный для измерения температуры тела пациента, ртутный		
266210	Термометр электронный для измерения температуры тела пациента в импульсном режиме			
300390	Термометр для измерения температуры тела			

	пациента с цветовой индикацией			
335240	Термометр капиллярный для измерения температуры тела пациента, безртутный, неспиртовой			
15 <5>	257280	Контейнер для сбора колюще-режущих медицинских отходов	Контейнер и емкость для сбора бытовых и медицинских отходов	2
	336200	Пакет для сбора, хранения и транспортировки медицинских отходов		
123680	Контейнер для отходов с биологическими загрязнениями			
16 <5>	216630	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье	Патронажная сумка (тонометр, сантиметровая лента, медицинский термометр, акушерский стетоскоп или допплеровский анализатор сердечно-сосудистой деятельности плода, малогабаритный, бланки направлений)	Не менее 1
	213740	Термометр капиллярный для измерения температуры тела пациента, ртутный		
122050	Стетоскоп акушерский			
119540	Монитор кардиологический фетальный			

Приложения

Прочее оборудование (оснащение)

№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Рабочее место акушерки	1
2	Персональный компьютер с принтером	1

Стандарт оснащения кабинета врача-психотерапевта (медицинского психолога или психолога) <2>, <3>

	№ п/п		Код вида Номенклатурной классификации	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1 <5>	131980	Лампа УФ бактерицидная	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и/или фильтрации воздуха, и/или дезинфекции поверхностей	1		
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная				
152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной					
152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный					
2	103650	Дозатор для мыла/дезинфицирующих средств	Диспенсер для мытья и дезинфекции рук	1		
3 <5>	187150	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с питанием от сети	Кушетка медицинская	1		
	187220	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом				
187250	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический					
4 <5>	259970	Кресло для общего осмотра/терапевтических процедур, механическое	Кушетка психоаналитическая (кресло функциональное)	1		
259880	Кресло для осмотра/терапевтических процедур общего назначения, с электропитанием					
5	260310	Табурет/стул общего назначения	Стул для пациента	2		

6 <5>	216350	Аппарат электронный для измерения АД с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный	Аппарат для измерения АД	1
	216630	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье		
	239410	Аппарат для измерения АД анероидный механический		
122830	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, стационарный			
122850	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, портативный			
7 <5>	124550	Стетоскоп неавтоматизированный	Стетофонендоскоп	1
	127360	Стетоскоп УЗ		
292270	Стетоскоп электронный			

Прочее оборудование (оснащение)

№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Рабочее место врача-психотерапевта с подключением к информационно-коммуникационной сети Интернет	1
2	Персональный компьютер с принтером	1
3	Секундомер	1

Стандарт оснащения кабинета психопрофилактической подготовки беременных к родам <2>, <3>

	№ п/п		Код вида Номенклатурной классификации	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1 <5>	131980	Лампа УФ бактерицидная	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и/или фильтрации воздуха, и/или дезинфекции поверхностей	1		
	209360	Установка для создания ламинарного потока, передвижная				
152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной					
152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный					

Прочее оборудование (оснащение)

№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Персональный компьютер с принтером	1
2	Набор кукл-муляжей	1
3	Комплект аудио- и видеоаппаратуры	1
4	Набор игрового инвентаря	1

Стандарт оснащения кабинета операционной <2>, <3>

	№ п/п		Код вида Номенклатурной классификации	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1 <5>	239410	Аппарат для измерения АД анероидный механический	Аппарат для измерения АД	1		
	216350	Аппарат электронный для измерения АД с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный				
	216560	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на палец				
	216630	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье				
122850	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, портативный					

122830	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, стационарный			
2	121180	Аппарат искусственной вентиляции легких, ручной, многоразового использования	Аппарат дыхательный ручной	1
3 <5>	275680	Система анестезиологическая, общего назначения	Аппарат наркозно-дыхательный	1
	276070	Аппарат ингаляционной анестезии, передвижной		
276080	Аппарат ингаляционной анестезии, портативный			
275800	Система анестезиологическая, с закрытым контуром			
4	260500	Система электрохирургическая	Аппарат электрохирургический гинекологический высокочастотный для резекции и коагуляции	1
5 <5>	182530	Система аспирационная для хирургии	Аспиратор (насос отсасывающий) (помпа) хирургический	1
358710	Система аспирационная хирургическая общего назначения, электрическая			
6	182530	Система аспирационная для хирургии	Вакуум-аспиратор	1
7 <5>	126500	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от аккумуляторной батареи	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от сети и от аккумуляторной батареи (I, II, III)	1
262440	Дефибриллятор внешний полуавтоматический для профессионального использования с питанием от неперезаряжаемой батареи			
8	103650	Дозатор для мыла/ дезинфицирующих средств	Диспенсер для мытья и дезинфекции рук	2
9 <5>	106490	Система концентрирования кислорода	Источник кислорода (центральная разводка или концентратор кислорода)	1
156250	Система кислородной терапии респираторная			
	113770	Блок хранения и подачи жидкого кислорода портативный		
	136780	Система трубопроводная медицинских газов/ вакуума		
191160	Концентратор кислорода стационарный			
325100	Аппарат для получения кислорода для экстренной помощи, многоразового использования			
10 <5>	201670	Каталка больничная, с электропитанием	Каталка медицинская	1
	201690	Каталка внутрибольничная, неприводная		
238730	Каталка с рентгенпрозрачной декой			
11	248430	Кольпоскоп	Кольпоскоп	1

12 <5>	257280	Контейнер для сбора колюще-режущих медицинских отходов	Контейнеры и емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	2
	336200	Пакет для сбора, хранения и транспортировки медицинских отходов		
123680	Контейнер для отходов с биологическими загрязнениями			
13 <5>	185890	Контейнер для стерилизации/ дезинфекции	Емкость для дезинфекции инструментария расходных материалов	2
269850	Контейнер для системы химической дезинфекции медицинских инструментов			
14 <5>	182870	Тележка с набором контейнеров для хирургических инструментов	Контейнер для хранения стерильных инструментов и материала	2
	269920	Лоток для инструментов		
	185890	Контейнер для стерилизации/ дезинфекции		
273540	Бикс для перевязочного материала			
330770	Камера стерилизационная бактерицидная			
15 <5>	151540	Стол операционный гинекологический, электромеханический, с питанием от сети	Кресло гинекологическое операционное	Не менее 1
	151570	Стол операционный гинекологический, с электрогидравлическим приводом		
151580	Стол операционный гинекологический, с гидравлическим приводом			
16 <5>	275630	Монитор глубины анестезии	Монитор анестезиологический	Не менее 1
	276030	Монитор содержания анестезиологических газовых агентов, для нескольких агентов		
276040	Монитор содержания анестезиологических газовых агентов, для одного агента			
17 <5>	328210	Набор для катетеризации центральных вен, кратковременного использования	Набор для катетеризации центральных вен	1
18 <5>	166030	Набор для акушерских/ гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, многоразового использования	Набор гинекологических инструментов	По числу пациенток в смену
	165990	Набор для акушерских/ гинекологических операций, содержащий лекарственные средства		
180490	Набор для гинекологического обследования			
321950	Набор для акушерских/ гинекологических операций, не содержащий лекарственных средств, одноразового использования			
19	238500	Набор для ретроградной эндотрахеальной интубации	Набор интубационный	1
20 <5>	169460	Зонд назогастральный/ орогастральный	Назогастральный зонд	1
	169450	Зонд назогастрального питания		

169520	Зонд назогастральный декомпрессионный			
21 <5>	124530	Насос инфузионный общего назначения, механический, многоразового использования	Насос инфузионный	1
	260420	Насос инфузионный общего назначения, с питанием от сети		
329460	Насос инфузионный общего назначения, с питанием от батареи			
22 <5>	131980	Лампа УФ бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха/ устройство для обеззараживания и/ или фильтрации воздуха, и/или дезинфекции поверхностей	По площади помещений
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной			
152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный			
23 <5>	327110	Микропланшет для инвитро-диагностики	Планшет для определения группы крови	2
327170	Планшет для лабораторных исследований общего назначения			
24	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Противошоковая укладка	1
25	129360	Светильник операционный	Светильник бестеневой медицинский	1
26	129360	Светильник операционный	Светильник передвижной операционный	1
27	131950	Стойка для внутривенных вливаний	Стойка (штатив) для инфузионных систем	Не менее 2
28 <5>	270020	Тележка для медицинских инструментов	Стол медицинский манипуляционный для размещения инструмента, лекарственных препаратов и приборов	2
	202390	Тележка медицинская универсальная		
270010	Стол для хирургических инструментов			
29	129690	Стул операционный	Стул медицинский винтовой	Не менее 1
30	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Укладка для профилактики парентеральных инфекций	1
31 <5>	144810	Гистероскоп жесткий оптический	Фиброгистероскоп (гистероскоп)	1
	179240	Гистероскоп оптоволоконный гибкий		
179810	Видеогистероскоп гибкий			
32	139690	Шкаф для хранения лекарственных средств	Шкаф для медикаментов	1
33 <5>	270000	Шкаф медицинский для инструментов	Стол/шкаф для хранения инструментария и средств медицинского назначения	1
	248680	Шкаф для хранения микропрепаратов		
270010	Стол для хирургических инструментов			
34	138870	Аспиратор эндоцервикальный	Аспиратор электрический со ступенчатым заданием уровня разряжения и ножной педалью управления (I, II, III)	1

Приложения

Прочее оборудование (оснащение)

№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Гигрометр	1
2	Умывальник и смеситель с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением	1
3	Термометр для контроля температуры воздуха	1

Приложение 3 (к главе I)
(согласно приказу № 1130н):
Рекомендуемая структура ЖК
а) регистратура открытого типа с возможностью экранизации на период эпидемий, с электронным табло с расписанием приема врачей, колл-центром, картохранилищем (при наличии не менее пяти врачебных участков с инфоматом);
б) кабинеты врачей — акушеров-гинекологов;
в) кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
г) кабинет доврачебного приема (при наличии не менее пяти врачебных участков);
д) кабинет приема дежурного врача — акушера-гинеколога;
е) кабинет/пост централизованной выписки медицинских документов (при наличии не менее пяти врачебных участков);
ж) кабинет психопрофилактической подготовки беременных к родам;
з) процедурная;
и) кабинет УЗ-диагностики;
к) физиотерапевтический кабинет.
ЖК для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических подразделений медицинской организации, в составе которой она создана.
В структуре ЖК дополнительно могут предусматриваться:

- кабинеты специализированных приемов врачей — акушеров-гинекологов:

- невынашивания беременности;
- гинекологической эндокринологии;
- заболевания шейки матки;
- сохранения и восстановления репродуктивной функции;
- врача — акушера-гинеколога для несовершеннолетних;
- функциональной диагностики;
- кабинет антенатальной охраны плода;
- кабинеты специалистов:

- врача-терапевта;
- врача-офтальмолога;
- врача-стоматолога;
- кабинет лечебной физкультуры;
- кабинет по раннему выявлению заболеваний молочных желез;
- дневной стационар;
- операционная;
- стерилизационная;
- клинико-диагностическая лаборатория;
- рентгеновский (маммографический) кабинет;
- иные подразделения по решению руководителя медицинской организации.

Приложение 4 (к главе I)
*Рекомендуемые штатные нормативы женской консультации согласно приложению № 2 к «Порядку оказания медицинской помощи» (приказ № 1130н)**

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Главный врач (заведующий) ЖК — врач — акушер-гинеколог	1 должность
2.	Врач — акушер-гинеколог	1 должность на 2200 женщин, либо на 3500–4000 женского населения
3.	Врач-терапевт	1 должность на 40 000 взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории
4.	Врач-стоматолог	1 должность на 40 000 взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории
5.	Врач-офтальмолог	1 должность на 40 000 взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории
6.	Врач клинической лабораторной диагностики	1 должность на 10 должностей врачей-специалистов
7.	Врач-физиотерапевт	1 должность на 15 должностей врачей-специалистов
8.	Врач по лечебной физкультуре	1 должность на 20 должностей врачей-специалистов
9.	Врач-психотерапевт (медицинский психолог)	1 должность на 10 должностей врачей-специалистов
10.	Врач — акушер-гинеколог (специалист по выявлению заболеваний молочных желез)	1 должность на 10 должностей врачей-специалистов
11.	Врач — акушер-гинеколог (специализированного приема)	1 должность каждого врача-специалиста при наличии более 8 должностей врачей — акушеров-гинекологов
12.	Врач — акушер-гинеколог для несовершеннолетних (врач — акушер-гинеколог детский)	1 должность на 10 000 детского населения
13.	Врач — акушер-гинеколог дневного стационара	1 должность на 15 коек дневного стационара
14.	Врач функциональной диагностики	1 должность на 10 должностей врачей-специалистов
15.	Врач УЗ-диагностики	Из расчета норм времени на УЗИ
16.	Врач — анестезиолог-реаниматолог	1 должность при наличии дневного стационара
17.	Врач-рентгенолог	0,5 должности
18.	Врач-статистик	1 должность
19.	Врач-эпидемиолог	1 должность
20.	Старшая акушерка	1 должность
21.	Акушерка	1 должность на каждую должность врача — акушера-гинеколога

22.	Медицинская сестра	1 должность на каждую должность врача-специалиста; на 10 коек дневного стационара
23.	Медицинская сестра (процедурной)	1 должность на 7 должностей врачей-специалистов
24.	Медицинская сестра (кабинета функциональной диагностики)	2 должности на 1 должность врача функциональной диагностики
25.	Медицинская сестра (кабинета УЗ-диагностики)	1 должность на каждую должность врача УЗ-диагностики
26.	Операционная медицинская сестра	1 должность
27.	Медицинская сестра-анестезист	1 должность на 1 должность врача — анестезиолога-реаниматолога
28.	Медицинский технолог, фельдшер-лаборант (медицинский лабораторный техник), лаборант	Не менее 1 должности
29.	Медицинская сестра по физиотерапии	Не менее 1 должности
30.	Медицинская сестра (стерилизационной)	1 должность
31.	Рентген-лаборант	1 должность
32.	Инструктор по лечебной физкультуре	1 должность на 10 должностей врачей-специалистов
33.	Медицинский статистик	1 должность
34.	Медицинский регистратор	1 должность на 5 должностей врачей-специалистов
35.	Санитар	Не менее 1 должности в смену
36.	Санитар (дневного стационара)	Не менее 1 должности в смену, при наличии дневного стационара 0,5 должности на 10 коек
37.	Юрист	1 должность
38.	Специалист по социальной работе	1 должность
39.	Медицинский психолог (психолог)	1 должность
40.	Программист	1 должность

* на медицинские организации первой и второй группы (уровня).
Распространяются
на медицинские организации здравоохранения.
Не распространяютсячастной системы

Приложения

Приложение 5 (к главе I)
Норма нагрузки врача — акушера-гинеколога
Согласно приказу МЗ РФ от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача — акушера-гинеколога».
Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации): врача — акушера-гинеколога 22 мин.
Нормы времени на повторное посещение врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием устанавливаются в размере 70–80% норм времени, связанных с первичным посещением врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием.
Нормы времени на посещение одним пациентом врача-специалиста с профилактической целью устанавливаются в размере 60–70% норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием.
Приложение 6 (к главам I и II)
Варианты скрининговых исследований (по нормативным документам)

	Вид скрининга	**Порядок № 1130н**	**Приказ № 404н**	**Приказ № 29н**
Для выявления РШМ				

- Скрининг для выявления РШМ проводится в возрасте 21–29 лет с применением цитологии/жидкостной цитологии , в возрасте 30–65 лет с применением ко-тестирования (цитология/жидкостная цитология с окраской по Папаниколау и ВПЧ-типирование, в том числе с использованием технологии самозабора) . Анализ на ВПЧ и цитологическое исследование мазка (соскоба), в том числе жидкостная цитология, на наличие атипических клеток шейки матки

1 раз в 3 года1 раз в 5 лет

- В возрасте от лет включительно цитологическое исследование мазка с шейки матки (за исключением случаев невозможности исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки,).

18 до 641 раз в 3 года*virgo*

- Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки проводится при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются).
- Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки может проводиться по медицинским показаниям без учета установленной периодичности)

- Осмотр врачом — акушером-гинекологом с бактериологическим (на флору) и цитологическим (на атипичные клетки) исследованиями

Для выявления новообразований молочных желез

- Маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм проводится женщинам в возрасте от 40 до 75 лет включительно

1 раз в 2 года

- Женщинам в возрасте от 40 до 75 лет включительно проводится маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм

1 раз в 2 года

- Женщинам в возрасте старше 40 лет проводится маммография обеих молочных желез в двух проекциях.

(за исключением случаев невозможности исследования по медицинским показаниям в связи с мастэктомией).

- Маммография не проводится, если в течение предшествующих 12 мес проводилась маммография или КТ молочных желез

- Маммография не проводится, если в течение предшествующих 12 мес проводилась маммография или КТ молочных желез

Для выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов	Проводится бимануальное исследование и УЗИ органов малого таза	В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводится в возрасте 18 лет и старше осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом — акушером-гинекологом 1 раз в год	УЗИ органов малого таза

Приложение 7 (к главе I)
Внедрение организационных «бережливых» технологий в женской консультации

Пилотный проект «Бережливая поликлиника» (МЗ РФ, 2016). Основная задача проекта — создание в учреждениях первичного уровня в амбулаторных условиях особой атмосферы комфорта для населения, выявление неэффективных технологических процессов в медицинских учреждениях и их устранение. Этот проект позволит пациентам сократить время записи к врачу в 5 раз и получать помощь без очередей.
5 марта 2019 г. МЗ РФ направило руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации методические рекомендации «Программа повышения эффективности работы ЖК на основе внедрения организационных “бережливых” технологий» в практику медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь акушерско-гинекологического профиля. В методических рекомендациях описаны цели и задачи внедрения организационных «бережливых» технологий, предложены пути повышения эффективности работы врача — акушера-гинеколога и в целом ЖК.

Приложения

Цель внедрения организационных «бережливых» технологий состоит в повышении доступности и удовлетворенности пациенток ЖК медицинской помощью, улучшении качества диагностической и лечебной помощи.
В настоящее время определена необходимость в организации доврачебного кабинета в ЖК и кабинета дежурного врача.
Перед ЖК поставлена задача организовать внедрение методических рекомендаций МЗ РФ «Программа повышения эффективности работы ЖК на основе внедрения организационных “бережливых” технологий». Время непосредственной работы врача с пациентом увеличится в 2 раза. Речь идет о совершенствовании логистики, менеджмента и качества предоставляемых услуг — все это должно повышать ресурсную эффективность работы ЖК.
Приложение 8 (к главАМ I, III)
Приказ № 1130н
С целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью беременных, рожениц и родильниц, а также новорожденных, оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе региональных схем маршрутизации, позволяющих предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинских организаций.
Приложение 9 (к главе I)
Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» [ред. от 27.02.2011, приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 № 1661н «О внесении изменений в приказ МЗ РФ от 03.12.2007 г. № 736 “Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности”» (зарегистрировано в Минюсте России 3 февраля 2012 г. № 23119)]. Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.

- Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. Вопрос о прерывании беременности и неблагоприятном прогнозе для жизни плода должен решаться индивидуально перинатальным консилиумом.
- ХА, подтвержденные кариотипированием плода, — до 22-й недели беременности. На сроке более 22 нед беременности вопрос о прерывании беременности решается индивидуально консилиумом врачей.
- Врожденные синдромы и аномалии плода с неблагоприятным прогнозом для жизни плода, установленные методами пренатальной диагностики (УЗИ, кариотипирование плода, молекулярная диагностика). Вопрос о прерывании беременности и неблагоприятном прогнозе для жизни плода должен решаться индивидуально перинатальным консилиумом независимо от срока беременности.

Приложение 10 (к главе I)
Шкала факторов риска модификации В.Е. Радзинского и соавт. (2022)

Факторы риска	**Оценка, баллы**
Социально-биологические	
Возраст матери менее 18 лет	2
Возраст отца 40 лет и более	2
Профессиональные вредности:	
• у матери	3
• у отца	3
Вредные привычки у матери:	
• курение одной пачки сигарет в день	2
• злоупотребление алкоголем	4
Вредные привычки у отца:	
• злоупотребление алкоголем	2
Семейное положение:	
• одинокая	1
Эмоциональные нагрузки	1
Рост и весовые показатели матери:	
• рост 158 см и менее	2
• масса тела на 25% выше нормы	2
Акушерско-гинекологический анамнез	
Паритет:	
• 4–7	1
• 8 и более	2
Фармакологический (медикаментозный) аборт, осложнившийся кровотечением	1
Хирургические аборты перед первыми предстоящими родами:	
• один	2

- два

3

- три и более

4

Хирургические аборты перед повторными родами или после последних родов:

- три и более

2

Внутриматочные вмешательства 2

ПР:

- одни

2

- дважды и более

3

Невынашивание, неразвивающаяся беременность:

- один случай

3

- два случая и более

8

Репродуктивные потери в анамнезе (без ВПР):

- антенатальные

5

- интранатальные

10

- ранние неонатальные

10

- две перинатальные потери и более

20

Аномалии развития у детей, рожденных ранее 3

Неврологические нарушения у детей, рожденных ранее 2

Масса доношенных детей до 2500 г, 4000 г и более 2

Бесплодие:

- 2–4 года

2

- 5 лет и более

4

Рубец на матке любого генеза 4

Опухоли матки и/или яичников 4

ИЦН, доброкачественные заболевания, деформация, перенесенная деструкция шейки матки 2

Пороки развития матки 3

Хронические воспалительные процессы матки и придатков, осложнения после абортов и родов, внутриматочный контрацептив 3

ВБ 3

ВРТ:

- ЭКО

1

- интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида

2

Экстрагенитальные заболевания матери

Сердечно-сосудистые:

- пороки сердца без нарушения кровообращения

3

- пороки сердца с нарушением кровообращения

10

- хроническая АГ I–II–III стадии

2–8–12

- варикозная болезнь

2

- гипотензивный синдром

2

Заболевания почек 4

Эндокринопатии:

- заболевания надпочечников, нейрообменный эндокринный синдром

5–10

- СД

10

- заболевания щитовидной железы

7

- ожирение

2

Анемия:

- содержание гемоглобина <90 г/л

4

- содержание гемоглобина <100 г/л

2

- содержание гемоглобина <110 г/л

1	
Коагулопатии	2
Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, токсоплазмоз и др.)	3
Положительная реакция на волчаночный антикоагулянт	4
Осложнения беременности	
Выраженный ранний токсикоз	2
Рецидивирующая угроза прерывания	2
ПЭ:	

- средней степени

4

- тяжелой степени

10	
Эклампсия	25
Обострение заболевания почек при беременности	4
Острые инфекции при беременности, в том числе острые респираторные вирусные	4
Сенсибилизация по Rh-фактору	10
АВ0-сенсибилизация	5
Многоводие	3
Маловодие	4
Тазовое предлежание плода	3
Многоплодие (на каждый плод, более одного)	5
Перенашивание беременности (после 294 дней)	10
Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3
Биологическая незрелость родовых путей в 41 нед беременности	4
Скрининг	
β-ХГЧ:	

- повышение содержания

3

- снижение содержания

4

PAPP-A:

- повышение содержания

2

- снижение содержания

3

Оценка состояния плода

ЗРП, степень:

- I

4

- II

10

- III

20

Нарушение кровотока по данным допплерометрии:

- II степени

8

- III степени

16

Оценка КТГ по шкале W.M. Fisher (баллы) при двух последовательных измерениях:

- 5–7

4

- 0–4

20	
Общая сумма баллов пренатальных факторов (анамнестических факторов и факторов беременности)	

Приложения

Приложение 11 (к главе I)
Оценка риска тромбоэмболических осложнений во время беременности (Клинические рекомендации «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия», 2022)
Возможность тестирования на наследственные тромбофилии при различных клинических ситуациях

	Тромбофилия		Метод диагностики и референсное значение		Возможность исследования во время беременности	Возможность исследования на фоне острого тромбоза	Возможность исследования на фоне проведения антикоагулянтной терапии
Мутация F V Лейдена	ДНК-анализ. Активированный протеин. С-резистентность по возможности. Реф. — отсутствие мутации	Да Да	Да Да	Нет Да			
Мутация протромбина G20210A	ДНК-анализ. Реф. — отсутствие мутации	Да	Да	Да			
Дефицит протеина С	Активность <65% **	Да	Нет	Нет			
Дефицит протеина S	Количество <55%*	Нет	Нет	Нет			
Дефицит АТ	Активность <60%**	Да	Нет	Нет			

* Если все же скрининг во время беременности необходим, но пороговые значения уровней свободного антигена протеина S в II и III триместрах были <30% и >24% соответственно.
** Нижняя граница референтного интервала может отличаться для различных лабораторных методов.
Антенатальная и постнатальная оценка факторов риска и тактика ведения беременности
: оценка факторов риска развития ВТЭО.
Назначение

	Предсуществующие факторы риска		Отметка	Баллы
Предшествующее ВТЭО (за исключением однократного эпизода, связанного с большим хирургическим вмешательством)		4		
Предшествующее ВТЭО, спровоцированное большим хирургическим вмешательством		3		
Подтвержденное наличие тромбофилии высокого риска		3		
Сопутствующие заболевания, например онкологическое заболевание; пароксизмальная ночная гемоглобинурия, протезированные клапаны, сердечная недостаточность; активная системная красная волчанка, воспалительная полиартропатия или воспалительное заболевание кишечника; нефротический синдром; СД 1-го типа с нефропатией; серповидноклеточная анемия; наркомания с внутривенным введением наркотиков в настоящее время		3		
Семейный анамнез неспровоцированной или связанное с воздействием эстрогена ВТЭО у родственника первой степени родства		1		
Известная тромбофилия низкого риска (без ВТЭО)		1		

a

Возраст (>35 лет)		1
Ожирение		1 или 2

b

≥3 родов		1
Курение		1
Варикозное расширение вен нижних конечностей тяжелой степени		1

Акушерские факторы риска

ПЭ во время текущей беременности		1
ВРТ/ЭКО (только антенатально)		1
Многоплодная беременность		1
КС в родах		2
Плановое КС		1
Вагинальное оперативное родоразрешение, в том числе с применением ротационных акушерских щипцов		1
Продолжительные роды (>24 ч)		1
Послеродовое кровотечение (>1 л или переливание крови)		1
ПР <37 нед при данной беременности		

+0

	1	
Мертворождение в настоящую беременность		1

Преходящие факторы риска

Любая хирургическая процедура во время беременности или послеродового периода (за исключением наложения швов на промежность сразу после родов), например аппендэктомия, послеродовая стерилизация		3
Неукротимая рвота		3
Синдром гиперстимуляции яичников (только I триместр)		4
Системная инфекция в настоящее время		1
Ограничение подвижности, обезвоживание		1

ВСЕГО
Если известная тромбофилия низкого риска имеется у женщины с семейным анамнезом ВТЭО у родственника первой степени родства, то послеродовая тромбопрофилактика должна продолжаться на протяжении 6 нед.
a
ИМТ ≥30 = 1; ИМТ ≥40 = 2 (ИМТ, рассчитанный по начальной массе тела пациентки).
b
.
Ключ

- Если общая сумма баллов антенатально составляет ≥4, рассмотреть возможность тромбопрофилактики с I триместра.
- Если общая сумма баллов антенатально составляет 3, рассмотреть возможность тромбопрофилактики с 28-й недели.

- Если общая сумма баллов постнатально составляет ≥2, рассмотреть возможность тромбопрофилактики продолжительностью по меньшей мере 10 дней.
- При антенатальном поступлении в стационар рассмотреть возможность тромбопрофилактики.
- В случае продления пребывания в стационаре (более 3 дней) или повторного поступления в стационар в послеродовом периоде рассмотреть возможность тромбопрофилактики.
- В послеродовом периоде умеренный риск (2 балла) — компрессионный трикотаж или перемежающаяся пневмокомпрессия, НМГ в течение 10 дней, высокий и очень высокий риск (3 балла и более) — компрессионный трикотаж или перемежающаяся пневмокомпрессия, НМГ в течение 6 нед.

Приложения

: у пациенток с выявленным риском кровотечения следует обсудить баланс рисков кровотечения и тромбоза при консультации с гематологом, имеющим опыт в отношении тромбоза и кровотечения при беременности.

Пояснение

Тромбопрофилактика у женщин с предшествующим венозным тромбоэмболическим осложнением и/или тромбофилией

: длительность тромбопрофилактики в зависимости от степени риска развития ВТЭО.

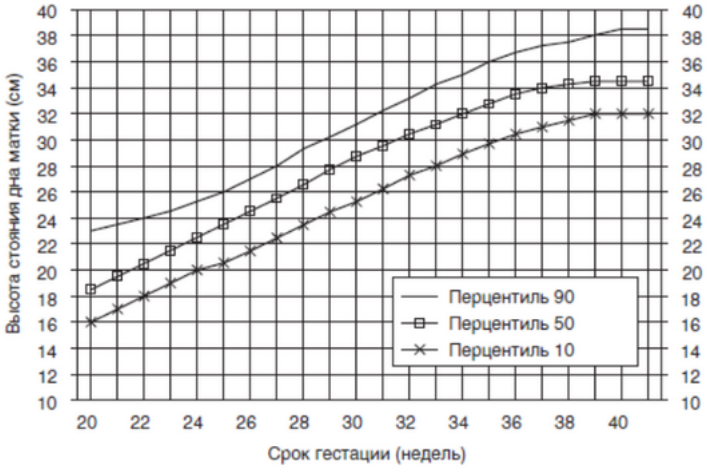
Назначение

Очень высокий риск	Предшествующее ВТЭО на фоне долгосрочной пероральной антикоагулянтной терапии	Рекомендуется антенатальное применение высокой дозы НМГ, а также постнатальное применение НМГ по меньшей мере в течение 6 нед или вплоть до обратного перевода на пероральную антикоагулянтную терапию
Дефицит антитромбина. АФС с предшествующим ВТЭО		

Требуется наблюдение у специалистов в области гемостаза и беременности

Высокий риск	Любое предшествующее ВТЭО (за исключением однократного ВТЭО, связанного с большим хирургическим вмешательством)	Рекомендовано антенатальное и 6-недельное постнатальное профилактическое применение НМГ
Промежуточный риск	Тромбофилия высокого риска без клинических проявлений, [гомозиготная мутация фактора V (мутация Лейдена) или протромбина, сочетание гетерозиготных мутаций фактора V Лейдена и протромбина]. Дефицит протеина С или S	Направить к местному эксперту. Рассмотреть возможность антенатального применения НМГ. Рекомендовать постнатальную профилактику НМГ на протяжении 6 нед
	Однократное предшествующее ВТЭО, связанное с масштабным оперативным вмешательством без тромбофилии, семейного анамнеза или других факторов риска	Рассмотреть возможность антенатального применения НМГ (но без рекомендаций в рутинном порядке)
Рекомендовано применение НМГ с 28-й недели гестации и 6-недельное постнатальное профилактическое применение НМГ		
Низкий риск	Тромбофилия низкого риска без клинических проявлений (гетерозиготная мутация гена протромбина или гетерозиготная мутация фактора V Лейдена)	Рассматривать как фактор риска и соответствующим образом оценить в баллах
Рекомендовать 10-дневную продолжительность постнатального профилактического применения НМГ в случае наличия другого фактора риска после родов (или 6 нед в случае значимого семейного анамнеза)		

Приложение 12 (к главе I)



Образец гравидограммы

Рис. 1.

Приложение 13 (к главе I)

- Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».
- Форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».
- Порядок заполнения учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» согласно приложению № 4.
- Форма № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».
- Порядок заполнения учетной формы № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».
- Форма № 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение».
- Порядок заполнения учетной формы № 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение».
- Форма № 072/у «Санаторно-курортная карта».
- Порядок заполнения учетной формы № 072/у «Санаторно-курортная карта».
- Порядок заполнения учетной формы № 086/у «Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)».
- Форма № 086-2/у «Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы № 086/у и 086-1/у)».
- Порядок заполнения учетной формы № 086-2/у «Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы № 086/у и 086-1/у)».

Приложение 14 (к главе I)

Учетная «Карта пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях) (карта) является основным учетным медицинским документом. Утверждена приказом № 1130н.

форма № 025/у

Титульный лист карты заполняется в регистратуре медицинской организации при первом обращении пациентки за медицинской помощью, где затем пациентки чаще группируются по территориальному принципу (по участкам) или по алфавиту. В этом медицинском документе

отражаются характер течения заболевания, а также все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности. Карта заполняется на каждое посещение пациентки и ведется путем заполнения соответствующих разделов. Все записи производятся аккуратно, без сокращений, все необходимые в карте исправления осуществляются незамедлительно, подтверждаются подписью врача, заполняющего карту. Допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке.
При выяснении общего и специального анамнеза необходимо обращать внимание на наследственность пациентки, перенесенные заболевания и операции, на особенности менструальной функции, половой жизни, здоровье мужа (полового партнера), течение и исход беременностей, применяемую ранее и в настоящее время контрацепцию, перенесенные гинекологические заболевания, развитие настоящего заболевания, условия труда и быта и вредные привычки. После осмотра, в случае наличия уточненной гинекологической болезни, в листке записи заключительных уточненных диагнозов ставят дату осмотра и заключительный (уточненный) диагноз, который всегда фиксируют в день его установления.

Приложения

В карте предусматривается несколько табличных форм.
Одна из них — это лист (таблица) заключительных (уточненных) диагнозов.
При снятии пациентки с диспансерного учета на этот же лист подклеивается форма № 30у. Все заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение за пациенткой, обязательно кодируются по МКБ-10.
пациентки включают:
Сведения о госпитализациях

- дату поступления и выписки;
- место оказания медицинской помощи в стационарных условиях;
- заключительный клинический диагноз (после выписки из стационара и в случае оперативного лечения, после получения морфологического заключения).

Сведения об оперативных вмешательствах или манипуляциях в амбулаторных условиях включают:

- дату;
- наименование оперативного вмешательства или манипуляции, произведенных в амбулаторных условиях;
- Ф.И.О. врача.

Все результаты функциональных и лабораторных исследований (или их копии) подклеиваются в карту. В случае выбытия из-под наблюдения в другую ЖК заполняется эпикриз, который либо направляется по месту медицинского наблюдения пациентки, либо выдается ей на руки.
Карта заполняется врачами и медицинскими работниками со средним образованием, ведущими самостоятельный прием.
Талон пациентки, получающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025-1/у), заполняется при каждом обращении и посещении врача. Медицинские работники, ведущие самостоятельный прием, заполняют журнал учета пациенток, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.
Сведения для заполнения талона берутся из карты пациентки, формы № 025/у, в том числе и из индивидуальной карты беременной и родильницы при приеме беременной. Заполнение данных в талоне производится путем вписывания необходимых данных и подчеркивания ответов из предложенных вариантов. Контролирует правильность заполнения талона врач-статистик или медицинский статистик.
В карте также могут использоваться удобные для врача унифицированные вкладыши, оптимизирующие, формализующие и тем самым облегчающие работу врача с медицинской документацией на участке ЖК, составленные трафаретным методом для удобства использования (например, первое посещение врача, повторный прием и др.). Такой подход к заполнению медицинской документации, значительно облегчая работу, позволяет не упустить обязательные данные опроса или осмотра и тем самым высвобождает время непосредственно для лечебной работы. Особенно важно это при использовании компьютерной техники. Все записи в медицинской карте производятся в порядке текущих наблюдений. Здесь же записываются консультации специалистов, врачебных комиссий и т.д.
Среди женщин выделяются пациентки, требующие лечения или динамического наблюдения.
При наличии показаний для диспансерного наблюдения пациентка берется на учет, в тексте карты делается отметка о взятии под диспансерное наблюдение по тому или иному заболеванию (заполняется лист диспансерного наблюдения) и . На больную заполняют контрольную карту диспансерного наблюдения [форма № 030у (рис. 2)]. На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются раздельные контрольные карты. При снятии с диспансерного учета оформляется эпикриз, а форма № 30 прикрепляется в карту к листу диспансерного учета.
составляется план ведения пациентки
Порядок заполнения учетной формы № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» подробно описан в приложении № 5 к приказу № 834н. Карта заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение. Номер карты должен соответствовать номеру карты пациентки.
На каждом участке ведется специальная картотека контрольных карт диспансерного наблюдения гинекологических больных (форма № 30) по месяцам, а не по нозологическим формам учета. Отдельно определяется ячейка для неявившихся в назначенный срок на прием к врачу для вызова акушеркой. В контрольной карте указывается дата последующего осмотра, назначенная врачом — акушером-гинекологом, и дата его фактического проведения.
Частоту и сроки посещений врач определяет индивидуально для каждой больной в зависимости от клинических проявлений гинекологического заболевания. Динамический контроль проводят в соответствии с планом (протоколом) ведения больных. Все данные обследования женщины, данные о манипуляциях и операциях (ксерокопии выписок), консультациях, а также все рекомендации и назначения должны фиксироваться в амбулаторной карте больной.
Актуальность диспансерного наблюдения больных представлена приказом МЗ РФ от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» в соответствии со ст. 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). При диспансерном наблюдении гинекологических больных все нозологические формы должны быть разделены на группы диспансерного наблюдения.

Наименование медицинской организации

Адрес

Код формы по ОКУД

Код организации по ОКПО

Медицинская документация
Учетная форма N 030/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. N 824н

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ №

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: Код по МКБ-10

2. Дата заполнения карты: число месяц год
3. Специальность врача 4. ФИО врача
5. Дата установления диагноза 6. Диагноз установлен впервые - 1, повторно - 2.
7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением - 1, профилактическом осмотре - 2.
8. Дата начала диспансерного наблюдения 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения
10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1, выбытие из района обслуживания - 2, смерть - 3.
11. Фамилия, имя, отчество пациента
12. Пол: муж. - 1, жен. - 2 13. Дата рождения: число месяц год
14. Место регистрации: субъект Российской Федерации
район город населенный пункт
улица дом квартира тел.
15. Код категории льготы
16. Контроль посещений:

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явилась							

оборотная сторона ф. N 030/у

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явилась							

17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	ФИО врача

18. Сопутствующие заболевания

19. Лечебно-профилактические мероприятия

N п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	ФИО врача

Рис. 2

Приложения

Диспансерное наблюдение у врача — акушера-гинеколога

	№ п/п		МКБ		Диагноз		Регулярность	Результат обследования	Сроки учета	Дополнительно
46	N84	Полипы шейки матки и эндометрия	В соответствии с КР, но не реже чем 1 раз в 6 мес в течение 1-го года, далее — ежегодно до 5 лет	Отсутствие изменений по данным УЗИ органов малого таза. Отсутствие данных о злокачественных новообразованиях по результатам морфологического исследования материала, полученного при полипэктомии или раздельном диагностическом выскабливании	5 лет — при отсутствии рецидива	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям [наличие в полученном материале интраэпителиальной неоплазии, атипической ГЭ, аденокарциномы, рака (, инвазивного]				
in situ										
47	E28.2	Синдром поликистозных яичников	В соответствии с КР, но не реже 1 раза в год	Отсутствие объемных образований по результатам УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и органов малого таза; уровень онкомаркеров СА-125 и НЕ-4 сыворотки крови; уровень глюкозы по результатам ПГТТ (каждые 1–3 года в зависимости от наличия факторов риска развития нарушений углеводного обмена), липидный профиль (при отсутствии нарушений 1 раз в 2 года, при отклонениях от нормы ежегодно); ИМТ, окружность талии, уровень АД	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (тенденция к увеличению уровня онкомаркеров СА-125 и НЕ4 при динамическом наблюдении, ГЭ, а также появление УЗ-признаков малигнизации, появление объемных образований по результатам УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и органов малого таза). Консультация врача-эндокринолога для проведения ПГТТ при необходимости. Консультация врача-дерматовенеролога при наличии жалоб на акне и выпадение волос. Консультация врача-диетолога с целью модификации образа жизни				
48	N88.0	Лейкоплакия шейки матки	В соответствии с КР, но не реже 1 раза в год	Отсутствие атипических клеток по результатам цитологического исследования мазков с шейки матки (1 раз в год)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям [наличие атипических клеток по результатам цитологического исследования, тяжелой дисплазии (CIN III), рака , инвазивного рака по результатам морфологического исследования биоптата шейки матки]				
in situ										
49	N85.0	Железистая ГЭ	В соответствии с КР, но не реже 1 раза в год	Отсутствие рецидива заболевания, по результатам УЗИ органов малого таза; отсутствие увеличения толщины эндометрия	5 лет	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие				

				более 5 мм на 5–7-й день цикла или более 4 мм в постменопузе; отсутствие признаков рецидива ГЭ или злокачественной трансформации по результатам морфологического исследования биоптата эндометрия (1 раз в год); отсутствие данных о злокачественных новообразованиях по результатам морфологического исследования материала, полученного при аспирационной биопсии эндометрия		рецидивирующей гиперплазии в постменопаузе по результатам УЗИ), увеличение М-эхо в динамике по результатам УЗИ, наличие атипии клеток в полученном материале (эндометриальная интраэпителиальная неоплазия, атипическая ГЭ, аденокарцинома)
				и/или гистероскопии, раздельном диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала		
50	N85.1	Аденоматозная ГЭ	В соответствии с КР, но не реже 2 раз в год	Отсутствие рецидива заболевания по результатам УЗИ органов малого таза, отсутствие увеличения толщины эндометрия более 5 мм на 5–7-й день цикла и более 4 мм в постменопузе; отсутствие признаков рецидива ГЭ или злокачественной трансформации по результатам морфологического исследования биоптата эндометрия (каждые 6 мес в течение 1-го года и далее 1 раз в год); отсутствие данных о злокачественных новообразованиях по результатам морфологического исследования материала, полученного при аспирационной биопсии эндометрия и/или гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала	5 лет	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям [наличие заболеваний эндометрия (полип, гиперплазия по результатам УЗИ), увеличение М-эхо в динамике по результатам УЗИ, наличие атипии клеток в полученном материале (эндометриальная интраэпителиальная неоплазия, атипическая ГЭ, аденокарцинома]
51	N87.1	Умеренная дисплазия шейки матки. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) II степени	В соответствии с КР, но не реже 2 раз в год в течение 1 года после хирургического лечения, далее не реже 1 раза в год в течение 20 лет	Отсутствие данных о злокачественных новообразованиях по результатам цитологического исследования мазков с шейки матки	20 лет	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям [наличие атипических клеток по результатам цитологического исследования, тяжелой дисплазии (CIN III), рака , инвазивного рака по результатам морфологического исследования биоптата шейки матки]

in situ

52	N87.2	Резко выраженная дисплазия шейки матки, не классифицированная в других рубриках. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) III степени	В соответствии с КР, но не позднее 3 мес после хирургического лечения, далее не реже 2 раз в год в течение 2 лет, далее 1 раз в год в течение 20 лет	Отсутствие атипических клеток по результатам цитологического исследования мазков с шейки матки	20 лет	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям [наличие атипических клеток по результатам цитологического исследования, тяжелой дисплазии (CIN III), рака , инвазивного рака по результатам морфологического исследования биоптата шейки матки]

in situ

53	D39.1	Новообразования неопределенного или неизвестного характера яичника	В соответствии с КР, но не реже чем 2 раза в год	Уровень сывороточного онкомаркера CA-125, HE4, ингибин B, ЛДГ, АФП, РЭА, ХГЧ; отсутствие прогрессирования по результатам УЗИ и/или МРТ органов малого таза и брюшной полости: увеличение размеров и кистозно-солидная структура яичников, васкуляризация кист, наличие папиллярных разрастаний по наружной или внутренней поверхности кист, появление солидного компонента в кистах, объем и характер свободной жидкости в полости малого таза	Пожизненно (до излечения)	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (появление УЗ-признаков малигнизации, тенденция к увеличению уровня сывороточных онкомаркеров CA-125, HE4, ингибин B, ЛДГ, АФП, РЭА, ХГЧ; при выявлении мутации генов и ,)

BRCA1BRCA2CHEC

Диспансерное наблюдение у врача-онколога

Приложение 15 (к главе I)

Клинические рекомендации «Нормальная беременность» (2020)

Суммарная таблица по ведению нормальной беременности

Наименование исследования	**I триместр**	**II триместр**	**III триместр**
Физикальное обследование			
Оценка жалоб и общего состояния	При первом и каждом визите	При каждом визите	При каждом визите
Сбор анамнеза	Однократно при первом визите	Однократно в случае первого визита в II триместре	Однократно в случае первого визита в III триместре
Опрос на предмет характера шевелений плода	–	При каждом визите после 16–20-й нед беременности (после начала ощущения шевелений плода)	При каждом визите
Оценка риска ТЭО	Однократно при первом визите	Однократно	Однократно
Отнесение к группе риска акушерских и перинатальных осложнений	Однократно при первом визите	Однократно в случае первого визита в II триместре	Однократно в случае первого визита в III триместре
Определение срока беременности и родов	При первом визите по дате последней менструации и данным УЗИ	При первом визите в случае первого визита в II триместре	При первом визите в случае первого визита в III триместре
Измерение ИМТ	При первом визите	–	–
Измерение прибавки массы тела	–	При каждом визите	При каждом визите
Измерение АД	При первом и каждом визите	При каждом визите	При каждом визите
Обследование молочных желез	Однократно при первом визите	Однократно в случае первого визита в II триместре	Однократно в случае первого визита в III триместре
Гинекологический осмотр	Однократно при первом визите и по показаниям	Однократно в случае первого визита в II триместре и по показаниям	Однократно в случае первого визита в III триместре и по показаниям

Измерение ОЖ, ВДМ и ведение гравидограммы	–	При каждом визите после 20-й нед	При каждом визите
Определение положения и предлежащей части плода	–	–	При каждом визите после 34–36-й нед
Определение ЧСС плода с помощью стетоскопа или фетального допплера	–	При каждом визите после 20-й нед при помощи акушерского стетоскопа или после 12-й нед при помощи фетального допплера	При каждом визите

Лабораторная диагностика

Направление на исследование уровня антител классов M, G к ВИЧ-1/2 и антигена p24 в крови	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно
Направление на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B в крови	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно
Направление на определение суммарных антител классов M и G к вирусу гепатита C в крови	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно
Направление на определение антител к бледной трепонеме в крови	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно
Направление на определение антител класса G и класса M к вирусу краснухи в крови	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	–
Направление на определение антигена стрептококка группы B в отделяемом цервикального канала	–	–	Однократно в 35–37 нед
Направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно
Направление на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно при первом визите в случае первого визита в III триместре
Направление на определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы резус (резус-фактор)	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно при первом визите в случае первого визита в III триместре
Направление на определение антирезусных антител у резус-отрицательных женщин	При первом визите	В 18–20 нед	В 28 нед
Направление на проведение общего (клинического) анализа крови	Однократно при первом визите	Однократно	Однократно
Направление на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно
Направление на определение нарушения углеводного обмена [определение уровня глюкозы или HbA1c в венозной крови] натощак	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре и в 24–26 нед	Однократно при первом визите в случае первого визита в III триместре
Направление на проведение ПГТТ	Однократно при первом визите в группе высокого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре в группе высокого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена, или в 24–28 нед в группе низкого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена	Однократно при первом визите в случае первого визита в III триместре
Направление на проведение коагулограммы	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно при первом визите в случае первого визита в III триместре и перед родами
Направление на исследование уровня ТТГ	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно при первом визите в случае первого визита в III триместре
Направление на проведение общего (клинического) анализа мочи	Однократно при первом визите	Однократно	Однократно
Проведение определения белка в моче с помощью специальных индикаторных полосок	–	При каждом визите после 22-й нед	При каждом визите
Направление на проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	При первом визите на любом сроке беременности, если с момента последнего исследования прошло более 3 лет при отрицательном ВПЧ-статусе и нормальных данных предыдущих цитологических исследований (NILM), или если с момента последнего исследования прошло более 1 года при положительном или неизвестном ВПЧ-статусе, или хотя бы при одном патологическом предыдущем цитологическом исследовании (ASCUS, LSIL, HSIL) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе		
Направление на пренатальный биохимический скрининг	В 11–13 нед: PAPP-A и β-ХГЧ		

6

Инструментальная диагностика

Проведение пельвиометрии	–	Однократно
Направление на УЗИ плода	В 11–13 нед (в составе скрининга I триместра)	

6

В 18–20 нед (УЗ-скрининг II триместра)

6

В 30–34 нед в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений и при несоответствии ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме	
Направление на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию)	– В 18–20 нед (во время УЗ-скрининга II триместра)

6

–			
Направление на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию)	–	С 15–16-й до 24-й нед в группе высокого риска позднего выкидыша и ПР 1 раз/1–2 нед	–
Направление на УЗ-допплерографию маточно-плацентарного кровотока	–	В 18–20 нед в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений	

6

В 30–34 нед в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений			
Направление на КТГ плода	–	–	С 33-й нед с кратностью 1 раз в 2 нед

Консультации смежных специалистов

Направление на консультацию врача-терапевта	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно
Направление на консультацию врача-стоматолога	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно
Направление на консультацию врача-офтальмолога	Однократно при первом визите	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре	Однократно при первом визите в случае первого визита в III триместре
Направление на консультацию врача-генетика	Однократно при первом визите в группе риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией и/или по результатам скрининга I триместра (при высоком риске анеуплоидии плода),	Однократно при первом визите в случае первого визита в II триместре в группе риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией, и/или по результатам скрининга I триместра	–
	и/или по результатам УЗИ I триместра (при выявлении пороков развития плода), и/или по результатам неинвазивного пренатального ДНК-скрининга (при высоком риске анеуплоидии плода)	(при высоком риске анеуплоидии плода), и/или по результатам УЗИ I или II триместра (при высоком риске хромосомной и генной патологии плода или выявлении пороков развития плода), и/или по результатам неинвазивного пренатального ДНК-скрининга (при высоком риске анеуплоидии плода)	

Назначение витаминов и лекарственных препаратов

Назначение приема фолиевой кислоты	По 400 мкг в день перорально	–	–
Назначение приема калия йодида	По 200 мкг в день перорально	По 200 мкг в день перорально	По 200 мкг в день перорально
Назначение приема препаратов кальция в группе высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день)	По 1 г/день перорально	По 1 г/день перорально	По 1 г/день перорально
Назначение приема витамина D в группе высокого риска гиповитаминоза витамина D	По 10 мкг (400 МЕ) в день перорально	По 10 мкг (400 МЕ) в день перорально	По 10 мкг (400 МЕ) в день перорально
Назначение приема ацетилсалициловой кислоты в группе высокого риска ПЭ	–	По 150 мг/день перорально	По 150 мг/день перорально до 36-й нед беременности
Назначение приема гестагенов у пациенток с беременностью, наступившей в результате ВРТ	Прогестерон (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200–600 мг в день вагинально или дидрогестерон по 30 мг в день перорально до 10-й нед беременности	Прогестерон (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200–600 мг в день вагинально	–
Назначение приема гестагенов в группе высокого риска самопроизвольного выкидыша (ПВ в анамнезе)	Прогестерон (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200–600 мг в день внутрь или по 200–400 мг вагинально [1], или дидрогестерон 20 мг в день перорально [2]	Прогестерон (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200–600 мг в день внутрь или по 200–400 мг вагинально, или дидрогестерон по 20 мг в день перорально до 20-й нед	–
Назначение приема прогестерона в группе высокого риска ПР	–	Прогестерон (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально с 22-й недели	Прогестерон (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально до 34-й нед
Назначение введения иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител	–	–	В дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28–30 нед

[1] Согласно инструкции к лекарственному препарату.
[2] Согласно инструкции к лекарственному препарату.

Приложения

Приложение 16 (к главе I)
Алгоритм ведения беременных с подозрением или верифицированным COVID-19
[Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19». Версия 5 (28.12.2021)].

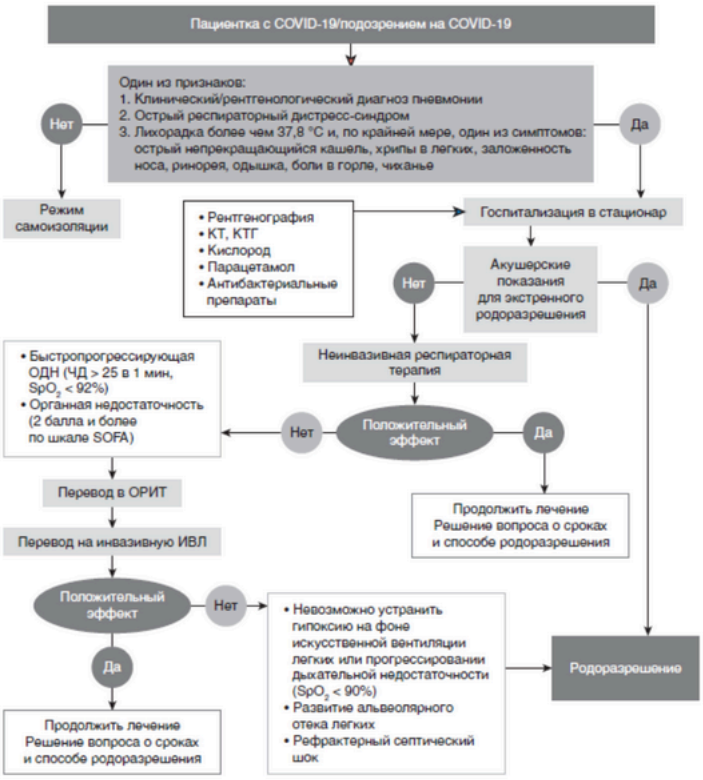


Рис. 3
Алгоритм посещений беременных при физиологическом течении беременности на период COVID-19

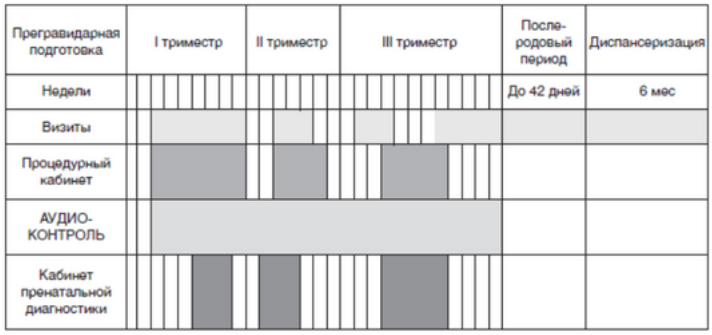


Рис. 4

Приложение 17 (к главе I)

Особенности организации оказания медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих

Утверждены постановлением Правительства РФ от 02.07.2020 № 973 «Об особенностях организации оказания медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

1. Настоящий документ определяет особенности организации оказания медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, включенных в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (далее — заболевание).

2. Медицинская помощь пациентам при угрозе распространения заболеваний оказывается в соответствии с утверждаемым МЗ Российской Федерации временным порядком оказания медицинской помощи, включающим в том числе минимальные требования к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение заболевания. Контроль за соблюдением минимальных требований к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение заболевания, осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

3. Медицинская помощь пациентам при угрозе распространения заболеваний оказывается на основе КР, разработанных по заболеваниям и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. В случае отсутствия КР медицинская помощь пациентам оказывается на основе утверждаемых МЗ Российской Федерации временных методических рекомендаций, содержащих информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при заболевании.

4. Медицинская помощь при угрозе распространения заболеваний в случаях развития неблагоприятной эпидемической ситуации может оказываться в стационарных условиях в перепрофилируемых или дополнительно создаваемых структурных подразделениях медицинских и иных организаций. Норматив расчета необходимого коечного фонда утверждается МЗ Российской Федерации.

5. Медицинская деятельность, указанная в п. 2 настоящего документа, осуществляется медицинскими и иными организациями, включенными в перечень медицинских и иных организаций, в которых планируется и/или осуществляется такая деятельность (далее — перечень), который ведет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения в порядке, утверждаемом МЗ Российской Федерации, на основании информации, представляемой федеральными органами исполнительной власти (в отношении организаций, предусмотренных абзацем вторым п. «а» п. 2 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья (в отношении организаций, предусмотренных абзацем вторым п. «б» п. 2 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».

В течение 3 рабочих дней со дня издания приказа (распоряжения) о включении медицинских и/или иных организаций в перечень федеральные органы исполнительной власти направляют в электронном виде в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, а органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья — в территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения реквизиты приказа (распоряжения), а также сведения о медицинских и/или иных организациях, включая реквизиты имеющихся у них лицензий на осуществление медицинской деятельности, подлежащих включению в перечень.

Приложения

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальные органы в течение 3 рабочих дней со дня поступления сведений, указанных в абзаце втором настоящего пункта, вносят сведения о медицинских и об иных организациях в перечень и размещают их на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.
При необходимости осуществления медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение заболевания, по адресу, не указанному в лицензии на осуществление медицинской деятельности, переоформление лицензии осуществляется лицензирующим органом после проведения внеплановой выездной проверки соответствия лицензиата минимальным требованиям к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение заболевания, указанным в п. 2 настоящего постановления.
6. К проведению экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании, могут привлекаться эксперты качества медицинской помощи по специальностям, предусмотренным имеющимися у них сертификатами специалиста.
7. К оказанию медицинской помощи при заболевании в порядке, утверждаемом МЗ Российской Федерации, могут привлекаться медицинские работники вне зависимости от специальности и фармацевтические работники, прошедшие обучение по соответствующим краткосрочным дополнительным профессиональным программам.
8. В целях организации оказания медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний руководитель медицинской организации определяет структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с заболеванием и лицам из групп риска возникновения заболевания, и формирует временное штатное расписание медицинской организации.
9. В целях создания резерва медицинских работников и фармацевтических работников, которые могут быть дополнительно привлечены к оказанию медицинской помощи при угрозе распространения заболевания, органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья осуществляется формирование и ведение временного регистра указанных специалистов в порядке, утверждаемом МЗ Российской Федерации.
10. При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при угрозе распространения заболеваний в том числе осуществляется формирование:

- листка нетрудоспособности, в том числе по беременности и родам, в форме электронного документа, в случае если листок нетрудоспособности не выдан на очном приеме врача (осмотре, консультации), с письменного согласия гражданина на выдачу листка нетрудоспособности в форме электронного документа;
- рецепта на лекарственный препарат в форме электронного документа при коррекции лечения, ранее назначенного лечащим врачом после установления диагноза на очном приеме (осмотре, консультации).

Приложение 18 (к главе I)
Маршрутизация беременных и их новорожденных «Практика совместного пребывания матери и новорожденного»
[Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19». Версия 5 (28.12.2021)].
Беременные с установленной и/или подозреваемой инфекцией COVID-19 средней и тяжелой степени для лечения коронавирусной инфекции должны быть госпитализированы в карантинные стационары в соответствии с установленным порядком маршрутизации в регионе.
Для оказания акушерской помощи в соответствии с маршрутизацией больных COVID-19 должны быть определены карантинные акушерские отделения многопрофильных стационаров или родильных домов третьего уровня, в которых возможно изолированное оказание специализированной акушерской помощи в соответствии с установленными порядками и стандартами.
Маршрутизация женщин и их новорожденных определяется как результатами их тестирования на SARS-CoV-2 методом ПЦР, так и возможностью соблюдения необходимых условий инфекционной безопасности при COVID-19 в отношении женщины, новорожденного и медицинского персонала в той медицинской организации, в которой происходит родоразрешение.
В зависимости от результатов лабораторного тестирования на SARS-CoV-2 рекомендуется соблюдение следующих правил:

- при наличии у матери и/или ребенка симптомов острого инфекционного заболевания (клиническое подозрение на COVID-19) предпочтительно временно разделить мать и младенца до получения результатов лабораторного теста и стабилизации клинического состояния матери и/или ребенка;
- если результат ПЦР теста на SARS-CoV-2 положительный у матери, но отрицательный у ребенка — предпочтительно временно разделить мать и младенца, независимо от их клинического состояния;
- если результаты ПЦР теста положительные и у матери, и у новорожденного, а их клиническое состояние не требует проведения интенсивной терапии, предпочтительно организовать их совместное пребывание в условиях палаты «Мать и дитя» при соблюдении определенных условий;
- если у матери результат теста отрицательный, состояние матери и ребенка стабильно, новорожденный, в том числе инфицированный SARS-CoV-2, может находиться совместно с матерью в условиях палаты «Мать и дитя» при соблюдении определенных условий.

Приложения

Приложение 19 (к главе II)
Критерии цитологической оценки образца в соответствии с терминологической системой Bethesda (Клинические рекомендации «Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака» РОАГ, 2017)
Оценка результатов цитологического исследования (Bethesda)
Адекватность образца

- Удовлетворительный (наличие или отсутствие компонента эндоцервикса/ЗТ).
- Неудовлетворительный (причина)

Интерпретация/результат исследования

- Негативный в отношении интраэпителиального поражения или злокачественности

- Цитограмма в пределах нормы

- Микроорганизмы: ; ; изменения флоры, соответствующие БВ; бактерии, морфологически соответствующие ; клеточные изменения, соответствующие герпесвирусной инфекции.

Trichomonas vaginalisCandida spp.Actinomyces spp.

- Другие доброкачественные изменения: реактивные клеточные изменения, связанные с воспалением, облучением, внутриматочным средством; железистые клетки при постгистерэктомическом статусе; атрофия, гиперкератоз, паракератоз и др.

- Атипия клеток многослойного плоского эпителия

- Атипичные клетки плоского эпителия неясного значения или атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить HSIL (ASC-H).
- LSIL: ВПЧ-эффект, легкая дисплазия/CIN I.
- Высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения (HSIL): умеренная дисплазия, тяжелая дисплазия, преинвазивный рак ()/CIN II, CIN III.

carcinoma in situ

- Плоскоклеточный рак

- Атипия эндоцервикального (высокого цилиндрического) эпителия

- Атипичные железистые клетки: эндоцервикальные, эндометриальные или неопределенные (NOS).

- Атипичные железистые клетки, похожие на неопластические: эндоцервикальные, эндометриальные или неопределенные (NOS).
- Эндоцервикальная аденокарцинома .

in situ

- Аденокарцинома

- Другое

- Эндометриальные клетки у женщины старше 40 лет

Эти определения используются в качестве цитологических заключений терминологической системы Bethesda, предполагающих наиболее вероятные гистологические соответствия. Гистологически к LSIL отнесены дисплазия легкой степени, соответствующая CIN I, а также признаки ВПЧ, койлоцитоз и вирусные кондиломы шейки матки. При LSIL, имеющих высокую (до 90%) вероятность спонтанной регрессии, тактика более щадящая, чаще консервативная, так как CIN I чаще всего не является предраком.

Гистологически к тяжелым повреждениям — HSIL отнесены CIN II, соответствующая умеренной дисплазии, и CIN III, включающая тяжелую дисплазию и преинвазивный рак ( ). Соотношение классификаций предраковых поражений шейки матки представлено в табл. 2.1.

carcinomain situ

Приложение 20 (к главе II)

Схемы вакцинации против вируса папилломы человека (Всемирная организация здравоохранения, 2014)

Для девочек младше 15 лет (оптимально — в возрасте 9–13 лет, до начала половой жизни): двукратное введение вакцины с интервалом 6 мес (интервал может быть увеличен до 12–15 мес). Если интервал между 1-й и 2-й дозой меньше 5 мес, то рекомендуется введение 3-й дозы вакцины не позднее 6 мес от начала вакцинации.

Для девочек старше 15 лет рекомендовано трехкратное введение вакцины по схеме 0,1–2,6 мес.

Противопоказания для вакцинации: повышенная чувствительность к компонентам вакцины, развитие тяжелых системных аллергических реакций или поствакцинальных осложнений на предшествующее введение вакцины против ВПЧ. Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, а также обострение хронических заболеваний относятся к временным противопоказаниям, иммунизация проводится через 1–2 нед после выздоровления, или в период реконвалесценции, или ремиссии.

Противопоказанием к четырех- и девятивалентным вакцинам служит гиперчувствительность к дрожжеподобным грибам. Двухвалентная вакцина противопоказана людям с анафилактической реакцией на латексный компонент. При легких формах респираторных, кишечных и других инфекций прививки можно проводить после нормализации температуры.

При наступлении беременности после начала серии вакцинации введение оставшейся дозы должно быть отложено до окончания беременности. Нет необходимости возобновлять полный курс вакцинации в послеродовом периоде. Однако перед вакцинацией не обязательно делать тест на беременность.

Грудное вскармливание не является абсолютным противопоказанием для вакцинации четырехвалентной вакциной против ВПЧ. Однако, учитывая профилактический характер вакцин от ВПЧ и очень малую вероятность первичного инфицирования ВПЧ высокого канцерогенного риска в период лактации, от вакцинации следует воздержаться, поскольку риски вреда для младенца превышают предполагаемую пользу.

Нет необходимости в гинекологическом осмотре девочек-подростков перед вакцинацией. ВПЧ-тестирование до вакцинации не рекомендовано.

Не установлено связи вакцинации против ВПЧ и фертильности, с развитием аутоиммунных заболеваний или смерти — частота встречаемости данных осложнений не отличается от таковой в популяции.

Следует информировать женщин о том, что вакцинация не отменяет необходимости регулярных гинекологических осмотров для вторичной профилактики, поскольку вакцина не защищает от всех заболеваний, вызванных разными типами ВПЧ.

Порядок наблюдения после вакцинации

Вакцинация проводится в центрах иммунопрофилактики, в прививочных кабинетах поликлиник и медицинских учреждений, включая детские.

После вакцинации девушки и женщины также подлежат стандартному цервикальному скринингу, включающему ПАП-тест, ВПЧ-тест, согласно действующим приказам.

Ревакцинация

Опубликованы данные по эффективной защите на протяжении 9,4 года для двухвалентной вакцины и более 8 лет для четырехвалентной вакцины.

В настоящее время рекомендаций по ревакцинации нет.

Приложение 21 (к главе II)

Методика самообследования молочных желез (информация для пациентки)

- Если вы находитесь в репродуктивном возрасте — от 15 до 49 лет, самообследование следует проводить 1 раз в месяц на 7–10-й день от 1-го дня начала менструации, когда проходят болезненность и набухание груди.
- Если у вас менструальные циклы стали нерегулярными или уже наступила менопауза, делать это необходимо 1 раз в месяц в любое, но фиксированное время вне нагрубания молочных желез.
- Самообследование молочной железы проводится при хорошем освещении. Перед началом самообследования рекомендуется расслабиться и успокоиться. Необходимо относиться к этому мероприятию как к обычной гигиенической процедуре. Большинство изменений, которые можно обнаружить в молочной железе, являются доброкачественными.
- Процедура самообследования молочной железы состоит из семи этапов, однако при правильном и последовательном выполнении она занимает немного времени.

Шаг 1: Осмотр белья.

Одним из признаков того, что в молочной железе происходят изменения, могут быть выделения из соска. Незначительные выделения из соска могут остаться незамеченными на его поверхности, но оставлять следы на бюстгальтере. Именно поэтому необходимо тщательно его осмотреть: нет ли на нем следов выделения из соска в виде кровянистых, бурых, зеленоватых или желтоватых пятен, корочек.

Приложения

Шаг 2: Общий вид молочных желез.

Осмотр молочных желез надо начинать с осмотра сосков и ареол, чтобы убедиться, что нет втяжения, изъязвления, покраснений, высыпаний или других изменений этой зоны. Необходимо раздеться до пояса и встать перед зеркалом. Затем свободно опустить руки. Внимательно рассмотреть в зеркале каждую молочную железу. Проверить, не отмечаются ли какие-то изменения их величины, формы и контуров. Обязательно следует обратить внимание на симметричность обеих молочных желез: расположены ли они на одном уровне, равномерно ли перемещаются при поднятии и заведении рук за голову, наклонах туловища, поворотах налево и направо, не отмечается ли фиксация или смещение одной из молочных желез в сторону. Асимметрия размеров и формы груди не всегда служит признаком заболевания. Очень часто форма и размеры двух молочных желез у женщин могут несколько отличаться, но если эти отличия появляются и нарастают — это следует учесть.

Далее осматривается надключичная, подключичная и подмышечная области. Это позволяет установить сглаженность одной из них, что свидетельствует о наличии увеличенных лимфатических узлов. Медленно поднимите обе руки — это усилит и уточнит указанное зрительное впечатление. Особое внимание следует обратить на наличие отека верхней конечности, шеи, что может быть вызвано нарушением лимфооттока.

Необходимо обращать внимание на возможные изменения формы желез с образованием возвышений, западаний, втягивания кожи или области соска. Внимательно посмотрите, не выделяются ли при этих действиях из соска капли жидкости.

Шаг 3: Состояние кожи.

На этом этапе проверяется состояние кожи, покрывающей молочные железы. Необходимо проверить эластичность кожи, как хорошо она собирается в складку. Надо обращать внимание на изменения цвета кожи, наличие покраснения всей ее поверхности или отдельных участков, нет ли на ней опрелости, сыпи, изменений в виде лимонной корки. Кожа прощупывается на предмет ее уплотнений, набухания, наличия ямочек или бугорков на ее поверхности, втянутости, язвочек или сморщенности. При этом брать ткань молочной железы в складку между пальцами не следует, так как из-за ее дольчатого строения у женщины может создаться ошибочное впечатление наличия в ее толще опухолевого уплотнения.

Шаг 4: Самопальпация стоя.

При пальпации молочных желез стоя рекомендуется использовать крем или лосьон. Обследование левой молочной железы проводится правой рукой, а правой — левой рукой. Ощупывание проводите подушечками пальцев, а не их кончиками. Для этого надо сомкнуть три или четыре пальца. Затем начать пальпацию круговыми проникающими движениями. Большой палец при этом не участвует. При больших размерах молочной железы ее надо поддерживать противоположной рукой. Имеется два метода самопальпации.

Метод спирали: прощупывание молочной железы проводится по спирали, начиная от подмышки и заканчивая соском. Подушечками пальцев совершаются круговые движения, при этом перемещаться нужно в направлении соска.
Метод сегментов: мысленно поделите всю поверхность передней грудной стенки от ключицы до реберного края и молочную железу на небольшие сегменты. Самообследование молочных желез проводится последовательно в каждом сегменте сверху вниз. Нужно выбрать один, наиболее удобный для вас способ и всегда придерживаться именно его — это позволит вам правильно сравнивать результаты пальпации.
Сначала проведите поверхностное прощупывание, при этом подушечки пальцев не проникают в толщу молочной железы. Очень важно делать это, не захватывая кончиками пальцев ткань молочной железы, а прикладывая пальцы плашмя (как минимум средние и концевые фаланги II–V пальца). Это дает возможность выявить небольшие неглубокие образования, расположенные непосредственно под кожей.
После этого проводится глубокое ощупывание, когда подушечки пальцев последовательно постепенно достигают ребер. Такую пальпацию необходимо проводить от ключицы до нижнего края ребер и от грудины до подмышечной линии, включая и область подмышек, где можно обнаружить увеличенные лимфоузлы.
Шаг 5: Самопальпация лежа.
Техника и последовательность обследования лежа схожа с методикой обследования стоя. Данный этап является наиболее важной частью самообследования молочных желез, потому что только этим способом можно хорошо пропальпировать все их ткани. При этом определяют, каковы молочные железы на ощупь под пальцами, и запоминают эти ощущения. Ощупывание проводится лежа на твердой плоской поверхности. Под лопатку со стороны осматриваемой молочной железы подкладывается подушка в виде валика, чтоб грудная клетка была приподнята, а молочная железа более распластана на грудной клетке. Можно подложить валик или жесткую подушечку. Руку следует вытянуть вдоль туловища или завести за голову.
Шаг 6: Самопальпация под душем.
Можно провести дополнительное самообследование под душем. Мыльные пальцы, скользя по мокрой коже, иногда могут легче обнаружить изменения в молочных железах.
Шаг 7: Обследование соска молочной железы.
Проводя осмотр сосков, необходимо определить, не изменены ли их форма и цвет, нет ли в их области втянутости, мокнутия, изъязвлений или трещин, пропальпировать сосок и область под соском, так как в этой области может быть опухоль. В конце самообследования молочной железы необходимо осторожно взять сосок большим и указательным пальцами и надавить на него, обращая внимание на то, имеются ли из него выделения, и оценить их характер, если они есть.

Приложения

На что следует обратить внимание?

- Увеличение или уменьшение размеров желез, их формы, симметричности.
- Смещение вверх или в сторону, наличие подвижности или фиксация тканей.
- Нарушение конфигурации желез (втяжения, выпячивания).
- Состояние соска и ареолы (втяжение, деформация, изъязвление).
- Состояние кожных покровов железы: локальная или разлитая гиперемия (покраснение) кожи железы, распространение гиперемии на соседние участки.
- Наличие выделений из соска, их характер — молозивные, зеленовато-бурые, серозные, мазеобразные, кровянистые.
- Локальный или тотальный отек по типу лимонной корки.
- Расширение кровеносных сосудов.
- Наличие узелковых уплотнений, изъязвлений кожи, корок, мокнущих поверхностей, свищей, распада тканей.

При наличии любых изменений в молочной железе или при возникновении ощущений, не свойственных предыдущему самоосмотру, следует немедленно обратиться к врачу.
Кроме регулярного самообследования, необходимо ежегодно посещать врача — акушера-гинеколога для осмотра молочных желез.
Приложение 22 (к главе II)
Алгоритмы скрининга рака молочной железы (адаптировано из NCCN, 2017)

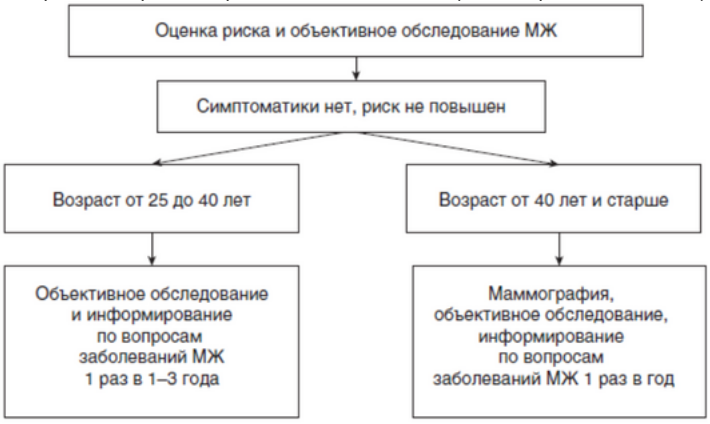


Рис. 5

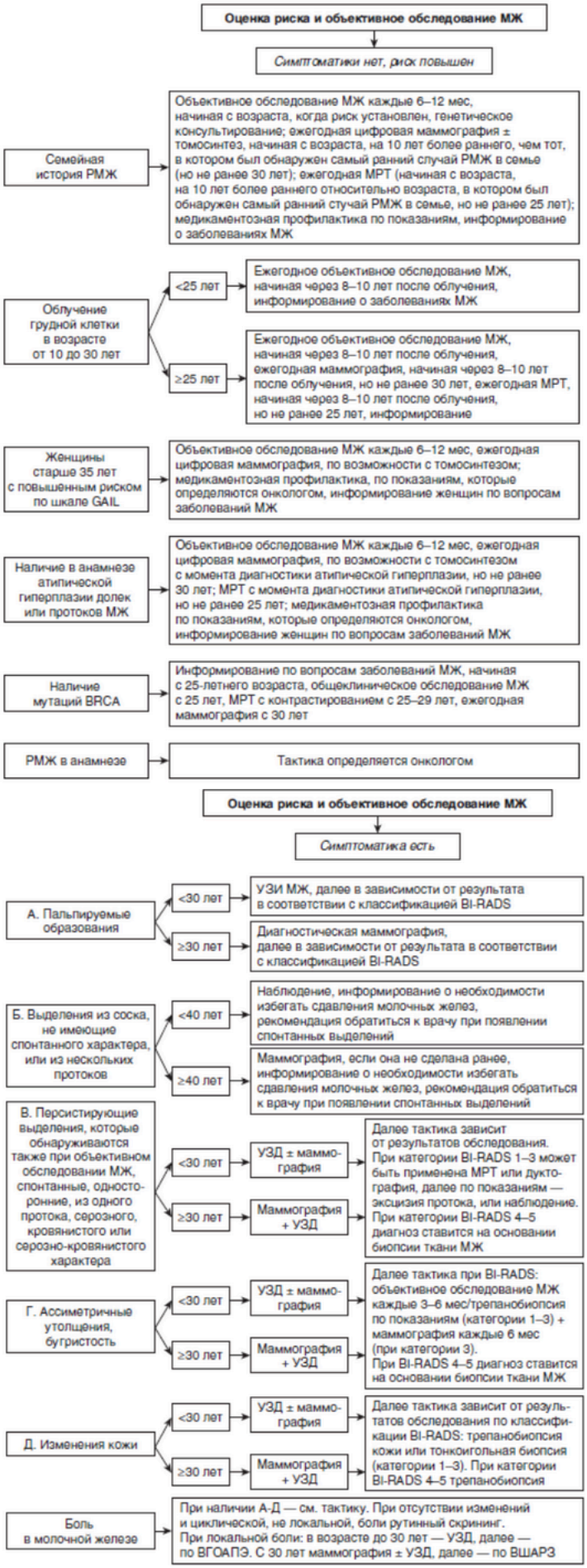


Рис. 6.
Приложение 23 (к главе II)
Классификация результатов исследования в соответствии с системой данных результатов визуализации молочных желез и рекомендуемая тактика ведения
American College of Radiology (ACR). ACR-BI-RADS® 5th Edition. ACR Breast Imaging Reporting and Data System, Breast Imaging Atlas; BI-RADS.Reston, VA: American College of Radiology; 2014.

Классификационная категория Вероятность РМЖ Тактика ведения в зависимости от проведенного исследования
Маммография

УЗИ
МРТ

BI-RADS0: результат неполный — необходимо дополнительное исследование (и/или сравнение с предыдущими маммограммами в случае маммографического скрининга)	Неприменимо	Повторный вызов для дополнительного исследования, сравнение с предыдущим результатом или то и другое	Повторный вызов для дополнительного исследования	Рекомендуется как дополнительное исследование: маммография или прицельное УЗИ
BI-RADS1: результат отрицательный	Вероятность малигнизации практически 0%	Рутинный скрининг	Рутинный скрининг	Рутинный скрининг, если кумулятивный риск РМЖ в течение жизни ≥20%
BI-RADS2: доброкачественные изменения	Вероятность малигнизации практически 0%	Рутинный скрининг	Рутинный скрининг	Рутинный скрининг, если кумулятивный риск РМЖ в течение жизни ≥20%
BI-RADS3: вероятно доброкачественные изменения	Вероятность малигнизации >0%, но ≤2%	Наблюдение с кратковременными (6 мес) интервалами с динамической маммографией	Наблюдение с кратковременными (6 мес) интервалами	Кратковременный (6 мес) интервал наблюдения по показаниям лучевого диагноста
BI-RADS4: подозрение на малигнизацию	Вероятность малигнизации >2%, но <95%	Маммография, УЗИ, возможно МРТ с контрастированием для оценки распространенности процесса. Диагноз ставится на основании результатов биопсии		
BI-RADS5: высокая вероятность малигнизации	Вероятность малигнизации >95%			

Приложение 24 (к главе III)
Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических вагинитов
Материал для исследования берет врач — акушер-гинеколог. После введения во влагалище зеркала и подъемника отделяемое берут стерильным дакроновым или ватным тампоном из заднего свода или с патологически измененных участков слизистой. С целью культурального исследования тампон помещают в стерильную пробирку и немедленно отправляют в лабораторию. Если это требование не может быть выполнено в течение 2 ч, взятую пробу помещают в пробирку с транспортной средой. С целью микроскопии взятую другим тампоном или двусторонним лопаткообразным урогенитальным зондом для взятия материала с поверхности слизистой влагалища (тип Е 2 «Шпатель Эйра») пробу отделяемого переносят на предметное стекло, стараясь, чтобы материал распределился равномерно, сохраняя естественное взаиморасположение всех компонентов биоценоза. Мазок высушивают на воздухе, фиксируют 96% этанолом (Этиловый спирт) (2–3 капли на мазок до полного испарения), маркируют стекло и в закрытой емкости отправляют в микробиологическую лабораторию вместе с тампоном для посева. В лаборатории проводят исследование вагинального отделяемого: 1) микроскопия мазка после окраски по Граму; 2) посев взятого тампоном отделяемого влагалища на факультативно-анаэробную группу микроорганизмов, грибы и микроаэрофилы (лактобациллы). При микроскопии вагинального мазка, окрашенного по Граму, оценивают (×1000):
♠

Приложения

- : преобладают клетки поверхностного, промежуточного или парабазального слоев, наличие ключевых клеток — поверхностных эпителиальных клеток, густо покрытых адгезированными на них мелкими грамвариабельными палочками, скрывающими границы клетки, или ложноключевых клеток — повышенная адгезия на эпителиальных клетках грамположительных палочек, чаще всего лактобацилл;

состояние вагинального эпителия
- : ее наличие, степень выраженности, проявление фагоцитоза, его завершенность;

лейкоцитарную реакцию
- : ее количественная и качественная оценка по морфологическим и тинкториальным свойствам.

состав микрофлоры
При количественной характеристике микрофлоры мы используем критерии R.P. Nugent, несколько нами модифицированные. Оценка общей микробной обсемененности проводится по 4-балльной системе по числу микробных клеток, обнаруживаемых в одном поле зрения при микроскопии с иммерсией:

- + — до 10 микробных клеток в поле зрения — минимальное (небольшое) количество;
- ++ — от 11 до 100 микробных клеток в поле зрения — умеренное количество;
- +++ — от 100 до 1000 микробных клеток в поле зрения — большое количество;
- ++++ — >1000 микробных клеток в поле зрения — массивное количество.

Качественная оценка микрофлоры в граммазках включает дифференциацию морфотипов по их тинкториальным и морфологическим признакам. Различают морфотипы лактобацилл, фузобактерий, бактероидов, мобилункусов, лептотрихий, гарднереллы, вейлонеллы, а также грамположительных кокков, колиформных палочек, дрожжевых грибов. В мазке могут быть обнаружены трихомонады и другие паразиты. Для характеристики факультативно анаэробной части микробиоты, а также лактобацилл, которые по морфологии могут быть сходны со многими видами грамположительных облигатно анаэробных бактерий (клостридии, пропионибактерии, эубактерии и др.), необходим посев вагинального отделяемого. Для этих целей используют 5% кровяной агар как наиболее универсальную среду, на которой может расти подавляющее большинство видов, имеющих клиническое значение, агар Сабуро (селективная среда для выделения грибов) и лактобакагар (МРС-агар) для культивирования лактобацилл. Посев на 0,5 чашки Петри с кровяным агаром проводят плотными непрерывными штрихами, используя тампон, которым брали отделяемое влагалища (для стандартизации количественной оценки роста колоний разных видов), затем тем же тампоном производят посевы на сектора среды Сабуро и лактобакагар. Выделение из патологического материала и идентификация различных видов семейства , стафилококков, стрептококков, неферментирующих бактерий, нейссерий, коринебактерий, грибов и других микроорганизмов после количественной оценки роста при первичном посеве позволяет определить степень их этиологической значимости у конкретной пациентки или оценить состав микробиоты как нормоценоз. Так как первичный посев биоматериала проводится тампоном, количественная оценка микробного роста в пересчете в КОЕ/мл на 1 г может быть только условной (полуколичественный метод). На основе эмпирических исследований можно предложить следующую шкалу оценки степени микробной обсемененности в зависимости от количества выросших колоний при прямом посеве биоматериала на 0,5 чашки кровяного агара:
Enterobacteriaceae

- 0–10 колоний — минимальное количество (скудный рост);
- до 10–10 КОЕ/мл (тампон) (<2 lg КОЕ/мл);

27

- 11–100 колоний — небольшое количество;
- 10–10 10 КОЕ/мл (тампон) (2–3 lg КОЕ/мл);

237

- >100–200 колоний — умеренное количество;
- 10–10 10 КОЕ/мл (тампон) (4–5 lg КОЕ/мл);

457

- >200–500 колоний — большое количество;
- 10–10 10 КОЕ/мл (тампон) (6–7 lg КОЕ/мл);

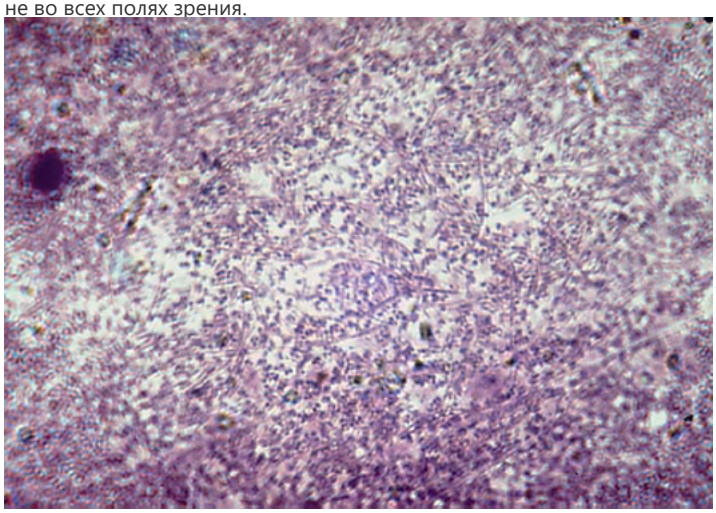
677

- сливной рост колоний — массивное количество: >10 КОЕ/мл (тампон) >7 lg КОЕ/мл.

7

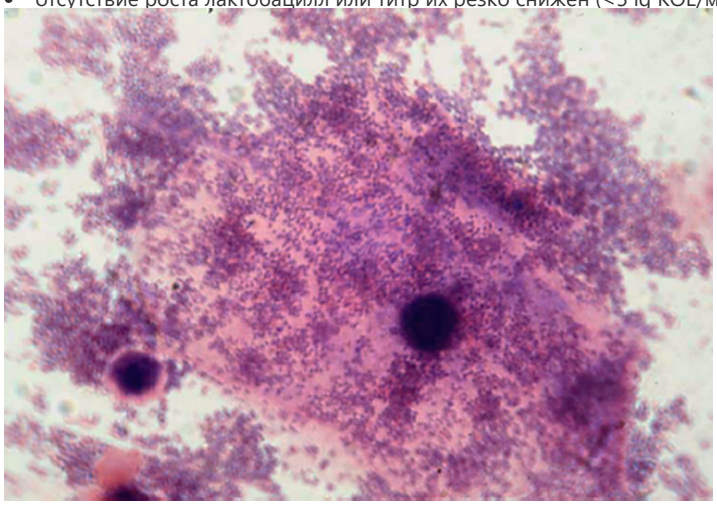
На основании изложенного предлагаются следующие микробиологические критерии оценки состояния микробиоты (микроценоза) влагалища при БВ.
А.
Микроскопия мазка, окрашенного по Граму:

- вагинальный эпителий представлен клетками поверхностных и промежуточных слоев, часто встречаются ключевые клетки;
- лейкоцитарная реакция, как правило, отсутствует (если она выражена, следует думать о смешанной инфекции);
- общее количество микроорганизмов — массивное, реже — большое;
- преобладают морфотипы строгих анаэробов и гарднереллы; морфотипы лактобацилл отсутствуют или определяются как единичные не во всех полях зрения.



Бактериальный вагиноз
Рис. 7.
Б.
Культуральное исследование:

- общая микробная обсемененность превышает 9 lg КОЕ/мл; при использовании только аэробных условий культивирования рост микроорганизмов отсутствует или наблюдается рост сопутствующих УПМ (факультативных анаэробов и аэробов) чаще в небольшом титре;
- полимикробный характер микрофлоры с абсолютным преобладанием облигатно анаэробных видов и гарднереллы;
- отсутствие роста лактобацилл или титр их резко снижен (<5 lg КОЕ/мл).



Ключевая клетка
Рис. 8.
Приложение 25 (к главе IV)
Приложение № 4
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.10.2020 № 1130н
Правила организации деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода
1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода (далее — Отделение).

Приложения

2. Отделение создается в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования ВРТ и искусственного прерывания беременности)», в составе подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях [ЖК второй группы (уровня), консультативно-диагностические отделения (центры, поликлиники) третьей группы (уровня)].
Определение медицинской организации осуществляется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья с учетом маршрутизации пациентов.
3. Руководство деятельностью Отделения осуществляет заведующий отделением врач — акушер-гинеколог.
4. Решение об организации Отделения принимается руководителем медицинской организации, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 5 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному настоящим приказом.
На должность заведующего отделением врача — акушера-гинеколога назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «здравоохранение и медицинские науки», утвержденным приказом МЗ Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н (зарегистрирован Минюстом России 23 октября 2015 г., регистрационный № 39438), с изменениями, внесенными приказом МЗ Российской Федерации от 15.06.2017 № 328н (зарегистрирован Минюстом России 3 июля 2017 г., регистрационный № 47273) (далее — Квалификационные требования), по специальности «акушерство и гинекология», прошедший повышение квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».
5. На должность врачей Отделения назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным требованиям по соответствующим специальностям.

6. Штатная численность Отделения устанавливается руководителем медицинской организации, в составе которой оно создано, с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 5 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному настоящим приказом.
7. Оснащение Отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения согласно приложению № 6 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному настоящим приказом.
8. Основной задачей Отделения является реализация комплекса организационных и медицинских мероприятий по диагностике и профилактике перинатальных осложнений (ЗРП, ПР), ПЭ, пороки развития плода и ХА у плода.
9. Основными функциями Отделения при медицинской организации акушерского профиля второй группы (уровня) являются:

- проведение УЗИ с архивированием УЗ-сканов, определения росто-весовых показателей и уровня АД в сроки 11–14 и 19–21 нед у беременных прикрепленных территорий в соответствии с листом маршрутизации в целях выявления нарушений развития плода, ЗРП, пороков развития плода и ХА плода, а также риска других осложнений беременности (ПЭ, ПР);
- организация забора образцов крови у беременных в сроки 11–14 нед для определения материнских сывороточных маркеров (PAPP-A), свободной β-ХГЧ;
- направление образцов крови и результатов УЗИ, внесенных в талон-направление, в Отделение при медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня) для биохимического исследования и расчета рисков ХА, ЗРП, ПР, ПЭ;
- проведение электронной регистрации беременных, прошедших скрининговое обследование, с занесением сведений о проведенных исследованиях и их результатах в программное обеспечение пренатального скрининга;
- прием и учет заключений протоколов расчета рисков из Отделения при медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня), а также передачу их в ЖК;
- ведение медицинской документации и представление первичных данных и отчетности для информационных систем в сфере здравоохранения;
- методическая работа с врачами ЖК по вопросам организации антенатальной охраны плода.

10. Основными функциями Отделения при медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня) являются:

- биохимическое исследование уровня материнских сывороточных маркеров (PAPP-A, свободная β-ХГЧ) в образцах крови, направленных из Отделения при медицинской организации акушерского профиля второй группы (уровня);
- проведение селективного пренатального УЗИ в 11–14 и 19–21 нед беременности из группы высокого риска ХА и при ВПР, выявленных в Отделении при медицинской организации акушерского профиля второй группы (уровня), с выдачей протоколов УЗИ и архивированием снимков;
- программный комплексный расчет и перерасчет риска рождения ребенка с хромосомной патологией, рисков ЗРП, ПР, ПЭ;
- инвазивный забор образца плодного материала у беременных с высоким риском рождения ребенка с ХА или пороками развития плода, ассоциированных с ХА, и его направление в медико-генетическую консультацию для проведения генетического исследования и заключения врача-генетика;
- организация консилиума врачей по определению дальнейшей тактики ведения беременности, маршрутизации беременной и новорожденного на основании результатов антенатального обследования и заключения генетика;
- организация телемедицинских консультаций с федеральными диагностическими консультативными центрами при выявленных пороках развития плода (сердца и других органов) для определения дальнейшей тактики;
- анализ результатов эффективности антенатальной охраны плода в части своевременного выявления нарушений развития (ХА, пороки развития плода, ЗРП), а также риска ПР, ПЭ.

Приложения

Приложение № 5
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.10.2020 № 1130н

Рекомендуемые штатные нормативы кабинета (отделения) антенатальной охраны плода

Рекомендуемые штатные нормативы кабинета антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второй группы (уровня) <1>

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей (в одну смену)
1	Врач УЗ-диагностики	1 должность на 2500 УЗИ в год
2	Медицинская сестра	1 должность на 1 должность врача УЗ-диагностики

<1> Не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.
Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций количество штатных единиц устанавливается по потребности, исходя из меньшей численности населения.

Рекомендуемые штатные нормативы отделения антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня) <1>

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1	Заведующий отделением врач — акушер-гинеколог	Вместо 0,5 должности врача — акушера-гинеколога (или врача УЗ-диагностики) при наличии более 1875 женщин группы риска в год; 1 должность при наличии более 2500 женщин группы риска в год
2	Врач — акушер-гинеколог	1 должность на 1250 женщин группы риска в год и 1 должность на 400 инвазивных диагностических процедур
3	Врач УЗ-диагностики	1 должность на 1250 женщин группы риска в год
4	Старшая медицинская сестра (акушерка)	Вместо 0,5 должности медицинской сестры при наличии более 1875 женщин группы риска в год; 1 должность при наличии более 2500 женщин группы риска в год
5	Акушерка (медицинская сестра)	1 должность на 1 должность врача
6	Медицинская сестра процедурной	1 должность на 400 инвазивных диагностических процедур
7	Санитар	Не менее 1 должности в смену

Приложение № 6
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.10.2020 № 1130н

Стандарт оснащения кабинета (отделения) антенатальной охраны плода

Стандарт оснащения кабинета антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второй группы (уровня)

№ п/п	Код вида Номенклатурной классификации<1>	Наименование вида медицинского изделия в соответствии	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.

					с Номенклатурной классификацией
1	260250	Система УЗ-визуализации универсальная	УЗ-аппарат экспертного класса для исследований в акушерстве и гинекологии с функциями цветового допплеровского картирования и импульсно-волновой допплерографии с персональным компьютером с доступом в Интернет, с пакетом прикладных программ для анализа, архивирования	1 на 1 кабинет	
			и передачи медицинских изображений, источником бесперебойного питания и устройством для печати медицинских изображений		
2 <2>	115690	Датчик экстракорпоральный для УЗ-визуализации, ручной	Комплект датчиков (конвексный и внутриполостной) для УЗ-исследований женских половых органов и органов плода в режиме 2D и 3–4D	Не менее 1 на 1 УЗ-аппарат	
227600	Датчик для УЗ-визуализации ректальный/ вагинальный				
3	127640	Прикладное программное обеспечение для системы УЗ-визуализации	Устройство и/или программа для записи и архивирования данных всех УЗ-исследований из расчета возможности хранения изображений в течение не менее 5 лет	Не менее 1 на 1 УЗ-аппарат	
4	260430	Центрифуга настольная общего назначения	Центрифуга настольная с бакет-ротором для пробирок	1	
5	293640	Пробирка вакуумная для взятия образцов крови инвитро-диагностики, с активатором свертывания и разделительным гелем	Пробирки вакуумные с активатором свертывания и разделительным гелем	Не менее 1	
6	108730	Штатив для пробирок	Штативы для пробирок	Не менее 1	
7 <2>	260470	Стеллаж общего назначения	Архив для хранения твердых копий медицинских изображений и документации	Не менее 1	
137020	Шкаф для хранения медицинских карт				
8	303490	Модуль для хранения рентгеновской пленки	Стеллажи для хранения аналоговых изображений и носителей цифровой информации	Не менее 1	
9 <2>	187150	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с питанием от сети	Кушетка медицинская	1 на УЗ-аппарат и кабинет	
	187220	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, с гидравлическим приводом			
187250	Стол для осмотра/ терапевтических процедур, механический				
10	232140	Стул эргономичный, для медицинского работника	Крутящееся кресло с возможностью регулировки для врача для проведения УЗИ	1 на УЗ-аппарат	
11 <2>	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания, и/или фильтрации воздуха, и/или	1 на 1 кабинет	

			дезинфекции поверхностей	
152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной			
	152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный		
131980	Лампа УФ бактерицидная			
12	184200	Ширма медицинская	Ширма	1
13	157600	Ростомер медицинский	Ростомер	1
14 <2>	258800	Весы напольные, электронные	Весы медицинские	1
	258830	Весы-стул, электронные		
258840	Весы напольные, механические			
15 <2>	216350	Аппарат электронный для измерения АД с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный	Аппарат для измерения АД	1
	216560	Аппарат электронный для измерения АД автоматический портативный с манжетой на палец		
218430	Аппарат для измерения АД телеметрический			
216630	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье			
	239410	Аппарат для измерения АД анероидный механический		
	122830	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, стационарный		
122850	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, портативный			
16 <2>	215850	Холодильник фармацевтический	Холодильник медицинский	1
	261620	Холодильник лабораторный, базовый		
143910	Холодильник для крови			
321680	Холодильник/морозильник для крови			
17 <2>	257280	Контейнер для сбора колюще-режущих медицинских отходов	Контейнеры и емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	Не менее 1
	336200	Пакет для сбора, хранения и транспортировки медицинских отходов		
123680	Контейнер для отходов с биологическими загрязнениями			
18	103650	Дозатор для мыла/дезинфицирующих средств	Диспенсер для мытья и дезинфекции рук	1

Приложения

<1> Приказ МЗ РФ от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий» (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2012 г., регистрационный № 24852) с изменениями, внесенными приказами МЗ РФ от 25.09.2014 № 557н (зарегистрирован Минюстом России 17 декабря 2014 г., регистрационный № 35201) и от 07.07.2020 № 686н (зарегистрирован Минюстом России 10 августа 2020 г., регистрационный № 59225) (далее — Номенклатурная классификация).
<2> Необходимо наличие одной из указанных позиций.
Приложение № 7
к Порядку оказания медицинской помощи

по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.10.2020 № 1130н

Форма протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 11–14 нед беременности

Название медицинской организации, адрес ее местонахождения	
Номер исследования	Дата исследования
Ф.И.О. беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности ___ нед ____ дней
Вид исследования трансабдоминальный/трансвагинальный (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) _____	
Хориальность/амниальность при многоплодии (указать) _____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода ___ в минуту _(указать); отсутствует (подчеркнуть)	
Фетометрия ___ мм), соответствует сроку беременности:	
Копчико-теменной размер ___ мм, соответствует ____ нед _____ дней Бипариетальный диаметр ____ _ мм, соответствует ____ нед _____ дней Окружность головы ____ мм, соответствует _____ ____ нед _____ дней Другие фетометрические показатели (по показаниям) _____	
Толщина воротникового пространства _____ мм	
Оценка дополнительных УЗ-маркеров ХА <1>	
Носовая кость: визуализируется; не визуализируется; не удалось оценить (подчеркнуть)	
Трикуспидальная регургитация: да; нет (подчеркнуть)	
Пульсационный индекс в венозном протоке (указать) _____	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения <2>, не удалось оценить)	
Голова:	

- череп
- срединные структуры
- сосудистые сплетения

Живот:

- желудок
- кишечник
- передняя брюшная стенка
- мочевой пузырь

Лицо:

- глазницы <1>
- профиль

Позвоночник:

Сердце:

- ось
- позиция
- размеры
- 4-камерный срез

Конечности:

- правая и левая рука (включая кисти)
- правая и левая нога (включая стопы)

Врожденные пороки развития плода: не обнаружено (подчеркнуть); обнаружено (описать):
Особенности строения плода: (указать)
Хорион (плацента) преимущественная локализация: передняя; задняя; дно матки (подчеркнуть), другое (указать) _____ Пуповина: количество сосудов (указать <1>) _____ Место прикрепления к плаценте: центральное; краевое; оболочечное; не удалось осмотреть (подчеркнуть) Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма; выявлены изменения <2>) _____
Шейка матки (цервикометрия) _____ мм Пульсационный индекс в маточных артериях _____ слева _____ справа
Визуализация: удовлетворительная (подчеркнуть)/затруднена в связи с (указать причину): _____
Заключение:
Беременность _____ нед _____ дней
Рекомендации:
Ф.И.О. врача УЗ-диагностики:

<1> Оценка не является обязательной.
<2> При выявлении изменений требуется подробное описание.

Приложение № 8
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.10.2020 № 1130н

Форма талона-направления на исследование сывороточных маркеров PAPP-A и свободной β-ХГЧ у женщины в 11–14 нед беременности с данными ультразвукового исследования для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии

Данные о пациентке
(заполняются по месту наблюдения беременной) |штрихкод|

Ф.И.О. беременной: _____	
Дата рождения: _____ Номер карты беременной: _____	
Адрес проживания: Улица: _____ Дом: _____ Квартира: _____	
Район: _____ Нас. пункт: _____	
Телефон: _____ Профессия: _____	
Город: _____ Номер Ж/К: _____	
Ф.И.О. врача _____ Конт. тел.: _____	
АНАМНЕЗ: Первый день последней менструации _____	
Количество беременностей (всего) _____	Количество родов (всего) _____
Количество беременностей (прогрессировавших более 24 нед) _____	Количество родов в сроки 22–30 нед _____
Количество родов в сроки 31–36 нед _____	

Количество беременностей, завершившихся в 16–30 нед _____	Количество родов после 37 нед _____
Этническая группа: _____	
Курение: да; нет (подчеркнуть) Индукция овуляции: да; нет (подчеркнуть)	
Сахарный диабет: нет, тип 1, тип 2, гестационный (подчеркнуть)	
Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть)	
Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть)	
Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)	
Преэклампсия при предыдущей беременности (для повторнородящих): да; нет (подчеркнуть)	
Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности для повторнородящих: да, нет (подчеркнуть)	
Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: да; нет (подчеркнуть)	
Зачатие: естественное; ЭКО; инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть)	
Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери на период консервации ____ лет; донорская яйцеклетка: возраст донора _____ лет; донорский эмбрион: возраст донора _____ лет;	
ХА предыдущего плода или ребенка: трисомия 21; трисомия 18; трисомия 13 (подчеркнуть)	
Данные об обследовании (заполняются в КАОП 2-го уровня)	
Адрес КАОП _____	
Ультразвуковая диагностика: дата _____	
Врач ультразвуковой диагностики (Ф.И.О.) _____ ID _____	
Вес (кг) _____ Рост (см) _____	
Артериальное давление: правая рука (2 измерения) __/__; ___/___ мм рт.ст.	
левая рука (2 измерения) __/__; ___/___ мм рт.ст.	
Количество плодов: _____ Для многоплодной беременности указать: монохориальная; дихориальная (подчеркнуть)	
КТР (мм) плод 1 ТВП (мм) _____	Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР):
КТР (мм) плод 2 ТВП (мм) _____	Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР):
КТР (мм) плод 3 ТВП (мм) _____	Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР):
Биохимический скрининг: Дата взятия крови: _____ Место для наклейки штрих-кода	
Ф.И.О. и подпись медсестры ОК ПД: _____ Штамп КАОП М.П. врача КАОП	

Приложения

Талон из КАОП передается в лабораторию для биохимического исследования материнских сывороточных маркеров PAPP-A и свободной β-ХГЧ вместе с образцом крови беременной для расчета индивидуального риска ХА, ЗРП, ПР, ПЭ и статистического учета случаев.
Примечание.
Приложение № 9
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.10.2020 № 1130н
Форма протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 19–21 нед беременности

Номер исследования		Дата исследования	
Ф.И.О. беременной		Возраст беременной	
Первый день последней менструации		Срок беременности ___ нед ___ дней	
Срок беременности по скрининговому УЗИ в 1 триместре ___ нед ___ дней (при несоответствии гестационному сроку)			
Вид исследования (трансабдоминальный / трансвагинальный) (подчеркнуть) Количество плодов (указать) _____			
Сердцебиение плода: ЧСС плода в минуту ___ ритмичное, отсутствует (подчеркнуть), другое (указать) _____			
Фетометрия (оценить в мм с указанием соответствия процентильным значениям при отклонении)			
Бипариетальный размер	___ мм ___	Окружность живота	___ мм ___
Окружность головы	___ мм ___	Длина бедра	___ мм ___
Длина других костей <1>			
Размеры плода соответствуют сроку беременности: да, нет, размеры несимметричны и не позволяют судить о сроке беременности (подчеркнуть)			
Предполагаемая масса плода ___ грамм (указать процентиль для данного срока __)			
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения <2>, не удалось оценить)			
Голова:			

- кости свода черепа
- полость прозрачной перегородки
- срединные структуры

Расположение внутренних органов (подчеркнуть) Нормальное (), Зеркальное (), Неопределенное ()
situs solitussitus inversussitus ambiguous

- задние рога боковых желудочков:

Сердце:

- ось
- позиция
- размеры
- 4-камерный срез
- срез через 3 сосуда и трахею
- левый выносящий тракт <3>
- правый выносящий тракт <3>

справа ___ мм; слева ___ мм

- мозжечок ___ мм, (указать процентиль для данного срока ___)
- большая цистерна ___ мм

Лицо:

- губы

- профиль
- глазницы
- нос, ноздри

Брюшная полость

- желудок
- кишечник
- почки
- мочевой пузырь
- область пупочного кольца

Шея:	
Позвоночник:	Конечности:

- правая и левая рука (включая кисти)
- правая и левая нога (включая стопы)

Грудная клетка:		
ВПР плода:	Не обнаружено (подчеркнуть)	Обнаружено (описать):
Особенности строения плода: наличие эхо-маркеров ХА (подчеркнуть)		
Укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в сердце, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренный гидронефроз, вентрикуломегалия, другое (указать)		
Плацента: КС в анамнезе: да, нет (подчеркнуть) Если да, перекрывает ли плацента область послеоперационного рубца: да, нет (подчеркнуть)		

- расположение: передняя, задняя, дно матки (подчеркнуть)
- структура: норма, выявлены изменения (указать) _____
- положение по отношению к внутреннему зеву (высоко, низко: край на ____мм, доходит, перекрывает область внутреннего зева)

Количество вод (подчеркнуть: норма, маловодие, многоводие), при изменении количества вод: ИАЖ ___ мм, либо МВК ___ мм	
Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма, выявлены изменения <3>)	
Шейка матки (цервикометрия) ____ мм	Количество сосудов пуповины (указать): _____ Место прикрепления к плаценте: (подчеркнуть) центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть
Визуализация: удовлетворительная (подчеркнуть), затруднена в связи с _____ (указать)	
Заключение: Беременность ___ нед ___ дней	
Рекомендации:	
Ф.И.О. врача УЗ-диагностики	

Приложения

<1> Оценка проводится по показаниям.
<2> При выявлении изменений требуется подробное описание.
<3> Оценка проводится по показаниям.
Настоящая форма протокола УЗИ может быть использована для внескрининговых сроков II и III триместров.
При многоплодной беременности значения показателей оформляются дробью:

$$\frac{\text{значение показателей верхнего плода}}{\text{значение показателей нижнего плода}}$$

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 апреля 2022 г. № 274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями»
Пренатальный скрининг включает комплекс исследований для диагностики врожденных и/или наследственных заболеваний, в том числе орфанных (редких) заболеваний плода, предусматривающих проведение инструментальных исследований, инвазивных (биопсия хориона или плаценты, амниоцентез, кордоцентез) или неинвазивных процедур получения биологического материала, биохимического, и/или молекулярно-генетического, и/или цитогенетического, и/или молекулярно-цитогенетического исследования биологического материала, медико-генетическое консультирование, и осуществляется в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом МЗ Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н, и при необходимости в медико-генетических консультациях (центрах).
Приложение 1 данного приказа регламентирует «Правила организации деятельности медико-генетической консультации (центра)» и рекомендует в структуре консультаций второй, третьей А и третьей Б групп предусматривать отделение пренатальной диагностики (при необходимости), включающее кабинет инвазивной пренатальной диагностики (манипуляционной), кабинет УЗ пренатальной диагностики.
Консультации второй и третьей А и Б групп при необходимости дополнительно осуществляют следующие функции:

- проведение пренатального скрининга беременных и УЗИ плода экспертного уровня с целью формирования группы высокого риска врожденных и наследственных заболеваний плода беременных при сроке гестации 11–14 нед;
- проведение инвазивного обследования беременных из группы высокого риска при сроке гестации 11–14 нед посредством аспирации ворсин хориона, 19–21 нед плацентоцентеза, амниоцентеза, кордоцентеза и пренатальной цитогенетической, молекулярно-цитогенетической и молекулярно-генетической диагностики плодного материала у женщин, имеющих высокий риск хромосомных и/или генных заболеваний у будущего ребенка, по результатам пренатального скрининга и/или в семьях высокого риска по рождению ребенка с врожденной и/или наследственной патологией.

Приложение 26 (к главе IV)
Основные фетометрические показатели при стратификации по половой принадлежности (Гагаев Ч.Г., 1999)
Сонофетометрия (Гагаев Ч.Г. РУДН, 1997).

	Мальчики	**Девочки**
ГС		
БПД		
ФОД		

ДЖ
ДБ
МДМ
ГС
БПД
ФОД
ДЖ
ДБ
МДМ
11
17,1 22,3 14,2
11
14,3
18,6
12
21,1 27,2 18,3 7,9
12
18,2
23,5
13
25,0 32,0 22,3 11,3
13
22,0
28,4 20,2 9,5
14
28,7 36,7 26,3 14,6 13,7
14
25,8
33,1 24,0 13,1 10,5
15
32,4 41,3 30,2 17,9 15,0
15
29,4
37,8 27,8 16,6 12,0
16
36,0 45,9 34,1 21,1 16,3
16
32,9
42,4 31,6 20,0 13,5
17
39,5 50,3 37,9 24,2 17,5
17
36,3
46,9 35,6 23,3 14,9
18
42,9 54,7 41,7 27,3 18,8
18
39,7
51,4 39,1 26,5 16,3
19
46,3 59,0 45,5 30,4 20,2
19
43,0
55,8 42,8 29,7 17,7
20
49,5 63,3 49,2 33,4 21,5
20
46,3
60,2 46,5 32,8 19,1
21
52,7 67,5 52,8 36,3 22,9
21
49,5
64,5 50,1 35,7 20,5
22
55,9 71,6 56,4 39,1 24,4
22
52,7
68,7 53,7 38,6 21,9
23
59,0 75,7 59,9 41,8 25,9
23
55,8
72,8 57,4 41,5 23,4
24
62,1 79,7 63,4 44,5 27,6
24
58,9
76,9 61,0 44,3 24,9
25
65,1 83,6 66,9 47,0 29,4

25
61,9
80,8 64,7 47,0 26,4
26
68,0 87,4 70,4 49,5 31,2
26
64,9
84,7 68,3 49,6 28,0
27
70,9 91,2 74,0 51,9 33,1
27
67,7
88,4 71,8 52,2 29,6
28
73,6 94,7 77,5 54,2 35,0
28
70,5
92,0 75,4 54,6 31,3
29
76,3 98,1 81,0 56,5 36,9
29
73,2
95,3 78,9 56,9 33,0
30
78,8 101,3 84,5 58,6 38,8
30
75,7
98,3 82,3 59,1 34,7
31
81,2 104,2 87,9 60,7 40,7
31
78,0
101,1 85,7 61,2 36,5
32
83,4 107,0 91,4 62,8 42,7
32
80,1
103,6 89,1 63,1 38,2
33
85,4 109,5 94,8 64,7 44,6
33
82,2
105,8 92,4 65,0 40,1
34
87,2 111,9 98,1 66,7 46,8
34
84,0
107,9 95,7 66,9 41,9
35
88,8 114,0 101,4 68,5 48,3
35
85,7
109,9 98,9 68,6 43,8
36
90,3 116,0 104,5 70,3 50,0
36
87,3
111,8 102,1 70,3 45,6
37
91,6 117,7 107,6 72,0 51,6
37
88,8
113,5 105,1 72,0 47,3
38
92,8 119,1 110,4 73,7 53,1
38
90,1
115,3 108,0 73,6 48,8
39
93,9 120,4 112,9 75,3 54,5
39
91,3
116,9 110,6 75,2 50,2
40
94,8 121,4 115,2 76,9 55,7
40
92,4
118,3 113,0 76,8 51,4
41
95,5 122,2 117,3 78,4 56,8
41

93,3
119,5 115,2 78,2 52,4
42
96,1 122,8 119,2 79,9 57,8
42
94,0
120,5 117,1 79,6 53,3

Приложения

ГС — гестационный срок (пример: срок 25 нед означает интервал от 24,51 до 25,50 нед); БПД — бипариетальный диаметр (наружно-внутренний); ФОД — фронтоокципитальный диаметр; ДЖ — средний диаметр живота; ДБ — длина бедра; МДМ — межполушарный диаметр мозжечка.
Примечание:
Мальчики Девочки
ГС
ДП
УЛ
РАД
ТИБ
РС
ГС
ДП
УЛ
РАД
ТИБ
РС

12					10,8	12					
13	11,6	9,8	7,9	9,3	14,0	13	10,2	7,2			
14	14,9	13,1	11,0	12,4	17,1	14	13,6	10,7	9,7	10,3	14,2
15	18,1	16,3	14,0	15,6	20,2	15	16,9	14,1	12,7	13,6	17,6
16	21,3	19,5	16,9	18,6	23,4	16	20,1	17,5	15,6	16,9	21,1
17	24,3	22,5	19,7	21,6	26,5	17	23,2	20,7	18,4	20,1	24,5
18	27,3	25,4	22,3	24,6	29,7	18	26,3	23,8	21,2	23,3	27,9
19	30,1	28,2	24,9	27,3	32,8	19	29,2	26,7	23,7	26,2	31,1
20	32,9	30,8	27,3	30,1	36,0	20	32,0	29,5	26,1	29,1	34,3
21	35,5	33,3	29,5	32,7	39,1	21	34,7	32,1	28,4	31,9	37,3
22	38,1	35,7	31,6	35,3	42,1	22	37,2	34,5	30,6	34,5	40,2
23	40,5	38,0	33,7	37,8	45,2	23	39,6	36,8	32,5	37,0	43,1
24	42,9	40,2	35,6	40,2	48,1	24	42,0	39,0	34,4	39,4	45,9
25	45,1	42,2	37,4	42,5	51,1	25	44,2	41,1	36,2	41,7	48,7
26	47,2	44,2	39,1	44,7	53,9	26	46,3	43,1	38,0	44,0	51,6
27	49,1	46,1	40,7	46,8	56,8	27	48,7	45,0	39,6	46,1	54,3
28	51,0	47,9	42,3	48,9	59,5	28	50,3	46,8	41,2	48,2	57,0
29	52,8	49,7	43,7	50,8	62,1	29	52,2	48,6	42,7	50,2	59,7
30	54,6	51,3	45,2	52,7	64,7	30	54,0	50,2	44,2	52,1	62,2
31	56,3	53,0	46,6	54,5	67,1	31	55,7	51,9	45,6	53,9	64,7
32	58,0	54,5	47,9	56,3	69,4	32	57,4	53,5	46,9	55,6	67,1
33	59,6	56,0	49,2	58,0	71,7	33	58,9	55,0	48,2	57,4	69,4
34	61,2	57,4	50,4	59,6	73,8	34	60,5	56,4	49,4	59,0	71,6
35	62,7	58,7	51,5	61,2	75,7	35	61,9	57,7	50,5	60,5	73,8
36	64,1	60,0	52,5	62,7	77,5	36	63,3	58,9	51,5	61,9	75,8
37	65,4	61,1	53,5	64,1	79,1	37	64,5	60,0	52,4	63,2	77,7
38	66,6	62,2	54,5	65,5	80,6	38	65,6	61,1	53,2	64,4	79,4
39	67,7	63,1	55,3	66,7	81,9	39	66,5	62,0	53,9	65,4	80,9
40	68,7	63,8	56,0	67,9	83,0	40	67,3	62,8	54,5	66,3	82,1
41	69,6	64,4	56,5	69,0	83,9	41	68,0	63,5	54,9	67,0	83,0
42	70,4	64,9	57,0	69,9	84,7	42	68,5	64,0	55,2	67,6	83,8

Приложения

ГС — гестационный срок; ДП — длина плеча; УЛ — ulna; РАД — radius; ТИБ — tibia; РС — размер ступни.
Примечание.

КТР, мм	2	8	15	19	23	27	31	36	41	47	53	54	61	70	77	78–79
ГС, нед	6,1	7,0	8,0	8,5	9,0	9,5	10,0	10,5	11,0	11,5	12,0	12,0	12,5	13,0	13,2	13,3

КТР (копчико-теменной размер) эмбриона по Daya (1993); ГС — гестационный срок.
Примечание.
Приложение 27 (к главе IV)
Методические рекомендации 2.3.1.0253-21 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации»
Потребности в энергии и пищевых веществах для женщин в период беременности и кормления ребенка
Показатели (в сутки) Беременные Кормящие
I триместр
II триместр
III триместр
1–6 мес
7–12 мес
Энергия и макронутриенты

Белки, % ккал	12	12–15	12–15	12–15	12–15
Жиры, % ккал	30–33			30–33	

Углеводы, % ккал	55–58	55–58

Дополнительные потребности в энергии и пищевых веществах

Показатели (в сутки)	**Беременные**			**Кормящие**	
	I триместр	**II триместр**	**III триместр**	**1–6 мес**	**7–12 мес**
Энергия, ккал	–	250	350	500	450
Белок, г	–	10	30	40	30
Жир, г	–	10	12	15	
Углеводы, г	–	30		50	
Докозагексаеновая кислота, мг	200			200	

Потребности в витаминах и минеральных веществах женщин в период беременности и кормления ребенка

Показатели (в сутки)	**Беременные**			**Кормящие**	
	I триместр	**II триместр**	**III триместр**	**1–6 мес**	**7–12 мес**
Витамин С, мг	110	110	110	130	130
Витамин В, мг					
1					
1,5	1,7	1,7	1,8	1,8	
Витамин В, мг					
2					
1,8	2,0	2,0	2,1	2,1	
Витамин В, мг					
6					
2,0	2,3	2,3	2,5	2,5	
Ниацин, мг ниац. экв.	20	20	20	20	20
Витамин В, мкг					
12					
3,0	3,5	3,5	3,5	3,5	
Фолат, мкг	600	600	600	500	500
Витамин В (пантотеновая кислота), мг					
5					
5,0	6,0	6,0	7,0	7,0	
Биотин, мкг	50	50	50	50	50
Витамин А, мкг рет. экв.	800	900	900	1200	1200
Бета-каротин, мг	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Витамин Е (α-токоферол), мг ток. экв.	15	17	17	19	19
Витамин D, мкг	15	15	15	15	15
Витамин К, мкг	120	120	120	120	120
Кальций, мг	1000	1300	1300	1400	1400
Фосфор, мг	700	900	900	900	900
Магний, мг	420	450	450	450	450
Калий, мг	2500	2500	2500	2500	2500
Натрий, мг	1300	1300	1300	1300	1300
Хлориды, мг	2300	2300	2300	2300	2300
Железо, мг	18	33	33	18	18
Цинк, мг	12	15	15	15	15
Йод, мкг	150	220	220	290	290
Медь, мг	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Молибден, мкг	70	70	70	70	70
Марганец, мг	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Селен, мкг	55	55	55	55	55
Хром, мкг	50	50	50	50	50

Приложения

Приложение 28 (к главе IV)
Паспорт операции кесарева сечения (Клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения», 2021)
Протокол операции должен последовательно и полно описывать ход операции, включая:

- дату, время начала, окончания операции (в том числе длительность);
- номер операционной;
- категорию срочности операции;
- полное наименование (например, поперечное надлобковое чревосечение с иссечением старого кожного рубца; КС в нижнем маточном сегменте; миомэктомия; разделение спаек);
- основные показания к операции;
- вид анестезиологического пособия;
- ход оперативного вмешательства (вид лапаротомии, иссечение кожного рубца, состояние матки, разрез на матке, характер околоплодных вод, метод рождения ребенка, метод выделения последа, состояние полости матки, технику зашивания матки, в том числе количество слоев и перитонизацию, результаты осмотра матки и ее придатков, технику восстановления целости брюшной стенки);
- пол, оценку по шкале Апгар новорожденного;
- использованный шовный материал на каждом этапе;
- ситуации расширения объема операции с кратким обоснованием (миомэктомия, разделение спаек, резекция яичника и др.);
- технические трудности и особенности (невозможность разделения спаек, самопроизвольное продление разреза, кровотечение и др.);
- объем кровопотери;
- количество выделенной мочи и ее характер;
- список хирургической бригады (хирург и ассистенты);
- дополнительные назначения (по показаниям).

Приложение 29 (к главе IV)
Приложение № 3
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.10.2020 № 1130н
Стандарт оснащения женской консультации
Стандарт оснащения кабинета-операционной

	№ п/п		Код вида Номенклатурной классификации		Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество шт.
1 <5>	239410	Аппарат для измерения АД анероидный механический	Аппарат для измерения АД	1			
216350	Аппарат электронный для измерения АД с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный						
	216560	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на палец					
	216630	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье					
122850	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, портативный						
122830	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, стационарный						
2	121180	Аппарат искусственной вентиляции легких, ручной, многоразового использования	Аппарат дыхательный ручной	1			
3 <5>	275680	Система анестезиологическая, общего назначения	Аппарат наркозно-дыхательный	1			
	276070	Аппарат ингаляционной анестезии, передвижной					
276080	Аппарат ингаляционной анестезии, портативный						
275800	Система анестезиологическая, с закрытым контуром						
4	260500	Система электрохирургическая	Аппарат электрохирургический гинекологический высокочастотный для резекции и коагуляции	1			
5 <5>	182530	Система аспирационная для хирургии	Аспиратор (насос отсасывающий) (помпа) хирургический	1			
358710	Система аспирационная хирургическая общего назначения, электрическая						
6	182530	Система аспирационная для хирургии	Вакуум-аспиратор	1			
7 <5>	126500	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от аккумуляторной батареи	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от сети и от аккумуляторной батареи (I, II, III)	1			
262440	Дефибриллятор внешний полуавтоматический для профессионального						

	использования с питанием от неперезаряжаемой батареи			
8	103650	Дозатор для мыла/ дезинфицирующих средств	Диспенсер для мытья и дезинфекции рук	2
9 <5>	106490	Система концентрирования кислорода	Источник кислорода (центральная разводка или концентратор кислорода)	1
	156250	Система кислородной терапии респираторная		
	113770	Блок хранения и подачи жидкого кислорода портативный		
136780	Система трубопроводная медицинских газов/ вакуума			
191160	Концентратор кислорода стационарный			
325100	Аппарат для получения кислорода для экстренной помощи, многоразового использования			
10 <5>	201670	Каталка больничная, с электропитанием	Каталка медицинская	1
	201690	Каталка внутрибольничная, неприводная		
238730	Каталка с рентгенпрозрачной декой			
11	248430	Кольпоскоп	Кольпоскоп	1
12 <5>	257280	Контейнер для сбора колюще-режущих медицинских отходов	Контейнеры и емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	2
	336200	Пакет для сбора, хранения и транспортировки медицинских отходов		
123680	Контейнер для отходов с биологическими загрязнениями			
13 <5>	185890	Контейнер для стерилизации/дезинфекции	Емкость для дезинфекции инструментария расходных материалов	2
269850	Контейнер для системы химической дезинфекции медицинских инструментов			
14 <5>	182870	Тележка с набором контейнеров для хирургических инструментов	Контейнер для хранения стерильных инструментов и материала	2
	269920	Лоток для инструментов		
	185890	Контейнер для стерилизации/дезинфекции		
273540	Бикс для перевязочного материала			
330770	Камера стерилизационная бактерицидная			
15 <5>	151540	Стол операционный гинекологический, электромеханический, с питанием от сети	Кресло гинекологическое операционное	Не менее 1
	151570	Стол операционный гинекологический, с электрогидравлическим приводом		
151580	Стол операционный гинекологический, с гидравлическим приводом			
16 <5>	275630	Монитор глубины анестезии	Монитор анестезиологический	Не менее 1
	276030	Монитор содержания анестезиологических газовых агентов, для нескольких агентов		
276040	Монитор содержания анестезиологических газовых агентов, для одного агента			
17 <5>	328210	Набор для катетеризации центральных вен,	Набор для катетеризации	1

		кратковременного использования	центральных вен	
18 <5>	166030	Набор для акушерских/ гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, многоразового использования	Набор гинекологических инструментов	По числу пациенток в смену
	165990	Набор для акушерских/ гинекологических операций, содержащий лекарственные средства		
180490	Набор для гинекологического обследования			
321950	Набор для акушерских/ гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, одноразового использования			
19	238500	Набор для ретроградной эндотрахеальной интубации	Набор интубационный	1
20 <5>	169460	Зонд назогастральный/ орогастральный	Назогастральный зонд	1
	169450	Зонд назогастрального питания		
169520	Зонд назогастральный декомпрессионный			
21 <5>	124530	Насос инфузионный общего назначения, механический, многоразового использования	Насос инфузионный	1
	260420	Насос инфузионный общего назначения, с питанием от сети		
329460	Насос инфузионный общего назначения, с питанием от батареи			
22 <5>	131980	Лампа УФ бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха/ устройство для обеззараживания и/ или фильтрации воздуха, и/или дезинфекции поверхностей	По площади помещений
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной			
152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный			
23 <5>	327110	Микропланшет для инвитро-диагностики	Планшет для определения группы крови	2
327170	Планшет для лабораторных исследований общего назначения			
24	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Противошоковая укладка	1
25	129360	Светильник операционный	Светильник бестеневой медицинский	1
26	129360	Светильник операционный	Светильник передвижной операционный	1
27	131950	Стойка для внутривенных вливаний	Стойка (штатив) для инфузионных систем	Не менее 2
28 <5>	270020	Тележка для медицинских инструментов	Стол медицинский манипуляционный для размещения инструмента, лекарственных препаратов и приборов	2
	202390	Тележка медицинская универсальная		
270010	Стол для хирургических инструментов			
29	129690	Стул операционный	Стул медицинский винтовой	Не менее 1

30	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Укладка для профилактики парентеральных инфекций	1
31 <5>	144810	Гистероскоп жесткий оптический	Фиброгистероскоп (гистероскоп)	1
	179240	Гистероскоп оптоволоконный гибкий		
179810	Видеогистероскоп гибкий			
32	139690	Шкаф для хранения лекарственных средств	Шкаф для медикаментов	1
33 <5>	270000	Шкаф медицинский для инструментов	Стол/шкаф для хранения инструментария и средств медицинского назначения	1
	248680	Шкаф для хранения микропрепаратов		
270010	Стол для хирургических инструментов			
34	138870	Аспиратор эндоцервикальный	Аспиратор электрический со ступенчатым заданием уровня разряжения и ножной педалью управления (I, II, III)	1

Приложения

<5> Необходимо наличие одной из указанных позиций.

Прочее оборудование (оснащение)

№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Гигрометр	1
2	Умывальник и смеситель с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением	1
3	Термометр для контроля температуры воздуха	1

Приложение 30 (к главе V)

Критерии микроскопической диагностики различных состояний вагинального биотопа (при увеличении микроскопа ×1000)

	Состояние микроценоза влагалища		Вагинальный эпителий		Лейкоцитарная реакция, соотношение лейкоцитов к клеткам плоского эпителия (Л:Э)	Общее количество микроорганизмов	Доминирующ морфотип
Нормоценоз	Поверхностных слоев, промежуточного слоя (соотношение может меняться в зависимости от фазы менструального цикла, во время беременности много промежуточных клеток; число их увеличивается при выраженном воспалительном процессе), иногда (при повышенном уровне эстрогенов) встречаются «ложноключевые» клетки	Отсутствует или слабо выражена — от единичных до 10 лейкоцитов в поле зрения; Л:Э 1:1	Умеренное или большое	Лактобациллы; другие морфотипы либо отсутствуют, либо их количество исчисляется единичными микробными клетками в редких полях зрения			
БВ	Клетки поверхностных и промежуточных слоев, присутствуют ключевые клетки	Как правило, отсутствует (если она выражена, следует думать о смешанной инфекции); Л:Э менее чем 1:1	Массивное, реже — большое	Морфотипы строгих анаэробов и гарднереллы; морфотипы лактобацилл отсутствуют или определяются как единичные не во всех полях зрения			
Кандидозный вагинит	Преимущественно поверхностные клетки, но может быть много промежуточных и даже парабазальных клеток (пропорционально тяжести клинического течения заболевания)	От умеренной (10–15 лейкоцитов в поле зрения светового микроскопа) до резко выраженной (30–50 и более лейкоцитов в поле зрения); Л:Э более чем 1:1	Умеренное или большое	Лактобациллы, присутствуют дрожжевые клетки, фрагменты псевдомицелия с бластоспорами			

Кандидозный вагинит + БВ	Преимущественно поверхностных слоев, присутствуют ключевые клетки	Умеренная или выраженная	Массивное, реже — большое	Морфотипы строгих анаэробов и гарднереллы, присутствуют дрожжевые клетки и/или фрагменты псевдомицелия гриба; лактобациллы отсутствуют или выявляются единичные морфотипы в поле зрения
Бессимптомное носительство дрожжевых грибов	Клетки поверхностных и промежуточных слоев	Не выражена, единичные лейкоциты в поле зрения	Умеренное или большое	Морфотипы лактобацилл, грибы чаще всего не выявляются или в редких полях зрения встречаются единичные дрожжевые клетки
Аэробный вагинит	Поверхностные и промежуточные клетки, при выраженном воспалительном процессе встречаются парабазальные клетки	Выражена (в разной степени) лейкоцитарная реакция (более 10 лейкоцитов в поле зрения); Л:Э более чем 1:1, чаще 10:1	Умеренное	Лактобациллы отсутствуют, или их количество снижено; преобладают морфотипы условно-патогенных микроорганизмов — колиформные палочки или грам(+) кокки
Промежуточный вариант	Поверхностные клетки, могут встречаться единичные ключевые клетки или отмечается склонность к их формированию	Не более 10 в поле зрения	Умеренное или большое	Доминируют морфотипы строгих анаэробов и гарднереллы в сочетании с умеренно сниженным титром лактобацилл
Цитолитический вагиноз	В подавляющем большинстве подвергнуты цитолизу, в мазке преобладают элементы деструкции клеток (детрит, обнаженные ядра поверхностных и промежуточных клеток)	Отсутствуют, или их количество не превышает 10 в поле зрения	Большом количестве	Морфотипы типичных лактобацилл
Вагинальная эпителиальная атрофия	В зависимости от степени атрофии слизистой оболочки влагалища эпителий представлен различным соотношением числа промежуточных и парабазальных клеток. По мере нарастания атрофии увеличивается число парабазальных и базальных клеток	Чаще не превышает 10 в поле зрения	Отсутствуют	Могут встречаться в редких полях зрения единичные лактоморфотипы или морфотипы условно-патогенных микроорганизмов

(*Проект КР* **«Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы», 2021)**

Микроскопическое исследование по Дондерсу

Для диагностики АВ используется микроскопическое исследование по методу G. Donders. При данном исследовании учитывается соотношение лактобациллярной и нелактобациллярной микрофлоры, количество лейкоцитов и их соотношение с количеством эпителиальных клеток, лизосомальная активность лейкоцитов (токсичные лейкоциты выглядят округлыми и раздутыми, с лизосомами внутри), отношение количества парабазальных эпителиоцитов к количеству эпителиоцитов поверхностных и средних слоев. Суммирование баллов по каждой позиции дает общий счет от 0 до 10. При числе баллов <3 констатируют отсутствие АВ, 3 или 4 — легкая форма АВ, 5 или 6 — умеренная форма АВ, >6 — как тяжелая форма АВ (соответствует десквамативному воспалительному вагиниту).

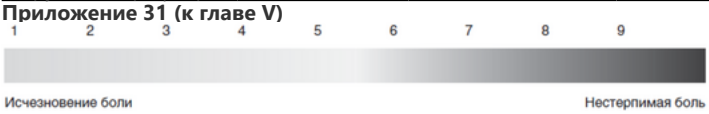
Приложения

Критерии микроскопической диагностики аэробного вагинита

	Баллы при увеличении микроскопа ×400)		**Лактобациллярная микрофлора**		**Лейкоциты**	**Токсичные лейкоциты**	**Другая микрофлора**	**Парабазальные эпителиоциты**
0	Лактобациллы существенно превалируют над другой микрофлорой	≤10 в поле зрения	Отсутствуют или встречаются очень редко	Отсутствует или присутствует в незначительном количестве	Отсутствуют или <1%			
1	Количество лактобацилл значительно снижено на фоне значительного	>10 в поле зрения, но ≤10 на одну эпителиальную клетку	≤50% всех лейкоцитов	Маленькие колиформные бациллы	≤10% всех эпителиоцитов			

	увеличения другой микрофлоры				
2	Лактобациллы отсутствуют или присутствуют в незначительном количестве на фоне избыточного роста другой микрофлоры	>10 на одну эпителиальную клетку	>50% всех лейкоцитов	Кокки или цепочки кокков	>10% всех

Приложение 31 (к главе V)



Визуально-аналоговая шкала боли

Рис. 9.

Ключ. Визуально-аналоговая шкала боли представляет собой прямую линию длиной 10 см. Пациенту предлагается сделать на линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им боли. Начальная точка линии обозначает отсутствие боли — 0, затем идет слабая, умеренная, сильная, конечная, невыносимая боль — 10. Расстояние между левым концом линии и сделанной отметкой измеряется в миллиметрах.

Пояснения. Производить оценку рекомендуем при включении пациента в исследование до вмешательства (лечение, операция). Так как заполнение анкеты визуально-аналоговой шкалы боли не требует много времени, оценку можно проводить ежедневно в течение всего курса лечения. Полученные таким образом данные могут стать ценным отображением обезболивающего эффекта проводимого лечения. Следует так же по возможности вести учет объема аналгезирующей терапии и включать ее анализ в отчетные данные при оценке болевого синдрома.

Приложение 32 (к главе V)

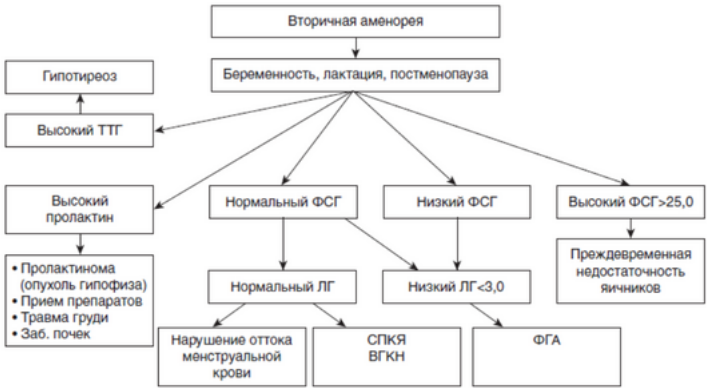
Классификация аменореи по уровню нарушений репродуктивной системы (Клинические рекомендации «Аменорея и олигоменорея», 2021)

На уровне гипоталамуса	Первичная аменорея	Первичный гипогонадотропный гипогонадизм, в том числе синдром Каллмана. Опухоли гипоталамической области (краниофарингиомы, менингиомы, глиомы, хордомы и др.)
Вторичная аменорея	Функциональная гипоталамическая аменорея. Инфекционные поражения гипоталамуса (туберкулез, сифилис, энцефалит, менингит). Инфильтративное поражение гипоталамуса (саркоидоз, гемохроматоз). Опухоли гипоталамической области	
На уровне передней доли гипофиза	Первичная аменорея	Гипофизарный нанизм
Вторичная аменорея	Гиперпролактинемия. Синдром пустого турецкого седла. Опухоли гипофиза (синдром Кушинга, акромегалия). Синдром Шихана. Пангипопитуитаризм. Воспалительные поражения гипофиза (кисты, туберкулез, саркоидоз)	
На уровне яичников	Первичная аменорея	Дисгенезия гонад (синдром Тернера-45X0, чистая форма-46XX, синдром Свайера-46XY). Нарушение ферментативных систем (дефицит 17-α гидроксилазы, 17,20-лиазы, ароматазы)
Вторичная аменорея	ПНЯ. СПКЯ	
На уровне матки и влагалища	Первичная аменорея	Агенезия мюллеровых протоков (синдром Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера). Синдром полной нечувствительности к андрогенам. Дефицит 5-α-редуктазы. Атрезия гимена, влагалища. Изолированная цервикальная или вагинальная агенезия
Вторичная аменорея	Внутриматочные синехии (синдром Ашермана). Синехии цервикального канала	
Аменорея, обусловленная нарушениями других эндокринных желез	Заболевания надпочечников	Врожденная гиперплазия коры надпочечников. Болезнь Иценко–Кушинга. Андроген-секретирующие опухоли надпочечников
Заболевания щитовидной железы	Гипертиреоз. Гипотиреоз	

Приложение 33 (к главе V)

Алгоритм диагностики первичной аменореи (Клинические рекомендации «Аменорея и олигоменорея», 2021)

Рис. 10.



Алгоритм диагностики вторичной аменореи (Клинические рекомендации «Аменорея и олигоменорея», 2021)

Рис. 11.

Приложение 34 (к главе V)

Алгоритм обследования женщин с АМК при выявлении структурных изменений матки. Источник — пересмотр 2018 г.

Приложение 35 (к главе V)

Хирургическое лечение АМК (PALM). Источник — SOGC Clinical Practice Guideline // . 2013. 35(5 eSuppl). S1–S28.

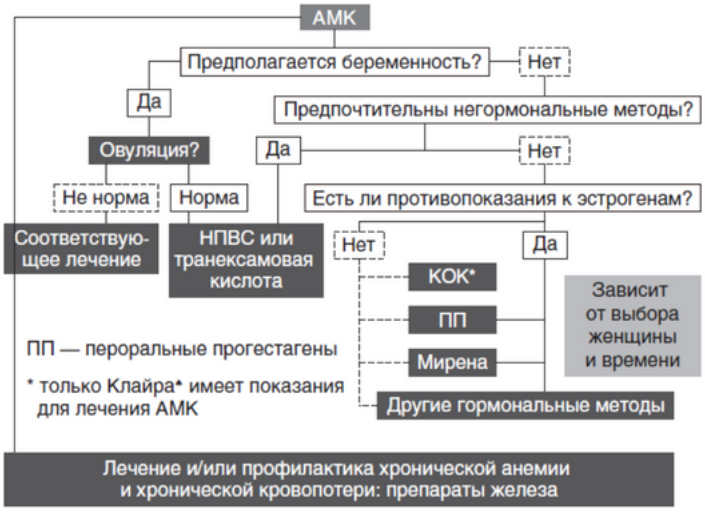
J Obstet Gynaecol Can

Приложения

Приложение 36 (к главе V)

Медикаментозное лечение АМК (PALM). Источник — SOGC Clinical Practice Guideline // 2013. 35(5 eSuppl). S1–S28.

J Obstet Gynaecol Can.



Приложение 37 (к главе VI)

Информированные добровольные медицинские согласия 1

Приказ МЗ РФ от 12.11.2021 № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства».

Приложение № 1
Утверждено приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12.11.2021 № 1051н

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств.

- Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень (ниже представлена выдержка из этого приказа) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом МЗ Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (далее, соответственно, информированное добровольное согласие, виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень (далее — отказ от медицинского вмешательства), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в п. 2 настоящего Порядка.
- Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного ч. 5 ст. 47 и ч. 2 ст. 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста; в соответствии с ч. 2 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

- Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи») при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.
- Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в п. 2 настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
- При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в п. 2 настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).
- Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением № 2 к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в п. 2 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в п. 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.
- Гражданин или его законный представитель, указанный в п. 2 настоящего Порядка, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.
- Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в п. 2 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие), за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ.
- Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением № 3 к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в п. 2 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в п. 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.
- Информированное добровольное согласие и/или отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в п. 2 настоящего Порядка, могут быть сформированы в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.

Приложения

Информированное добровольное согласие и/или отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, иных

информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.
Информированное добровольное согласие и/или отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в п. 2 настоящего Порядка, с использованием простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации при условии, что при выдаче ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме либо с помощью подтверждения сведений, представленных заявителем путем использования индивидуальных средств коммуникации заявителя (в соответствии с п. 22 Правил использования простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 25.01.2013 № 33 «Об использовании простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг»).
Приложение № 2
Утверждено приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12.11.2021 № 1051н
Форма
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Я, _____
[фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя]
«__» _____ ____ г. рождения, зарегистрированный по
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
адресу:
_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:
_____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении
_____
[фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем]
«__» _____ ____ г. рождения, проживающего по
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
адресу:
_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____
Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012, регистрационный № 24082.
(полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником
_____
[должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника]
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
Сведения о выбранном(-ых) мною лице(-ах), которому(-ым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:
_____
[фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон]
_____
[фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон]
_____ _____
(подпись) [фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон]
_____ _____
(подпись) [фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника]
«__» _____ г.
(дата оформления)
Приложение № 3
Утверждено приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12.11.2021 № 1051н
Форма
Отказ от медицинского вмешательства
Я, _____ «__» _____ года рождения,
[фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя]
зарегистрированный по адресу:
_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
в отношении _____ «__» _____ года рождения,

Приложения

[фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем]
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в
_____
(полное наименование медицинской организации)
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н: _____
[наименование вида (видов) медицинского вмешательства]
_____
Медицинским работником
_____
[должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника]
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) _____
_____
_____

[указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)]
Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой(-ие) вид(-ы) медицинского вмешательства.
_____ _____
(подпись) [фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина]
_____ _____
(подпись) [фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника]
«__» _____ г.
(дата оформления)
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование АД, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, КТГ (для беременных).
- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, УЗ-исследования, допплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
- Медицинский массаж.
- Лечебная физкультура.

Приложение 38 (к главе VI)
Приказ МЗ РФ от 07.04.2016 № 216Н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» (зарегистрирован в Минюсте России 4 апреля 2016 г. № 42006) (выдержки)
Приложение к приказу МЗ Российской Федерации от 07.04.2016 № 216н «Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины»
Я, нижеподписавшаяся, _____,
____года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

- медикаментозным методом;
- путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):

- 48 ч;
- 7 дней.

В течение указанного периода:

- я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
- мне проведено/не проведено (нужное подчеркнуть) УЗИ органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения): «__»_____ 20__г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);
- я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

Приложения

2. Я проинформирована врачом — акушером-гинекологом:

- о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;
- о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

- после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

- бесплодие;
- хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки;
- нарушение функций яичников;
- тазовые боли;
- внематочная беременность;
- невынашивание беременности;
- различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах — преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и/или послеродовом периоде;
- психические расстройства;
- опухолевые процессы матки;
- скопление крови в полости матки;
- остатки плодного яйца в полости матки;
- острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки;
- во время проведения искусственного прерывания беременности:

- осложнения анестезиологического пособия;
- травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;
- кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом — акушером-гинекологом:

- о механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;
- основных этапах обезболивания;
- необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;
- необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;
- режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;
- методах предупреждения нежелательной беременности;
- сроках контрольного осмотра врачом — акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы, и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.
5. .
Заключение
Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.
Пациент _____ (фамилия, имя, отчество) (подпись)
Дата «___» _____ 20___ г.
6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.
7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).
Врач — акушер-гинеколог _____(имя, отчество, фамилия) (подпись)
Дата «___»_____ 20___ г.
Приложение 39 (к главе VI)
В структуре дневного стационара по профилю «акушерство и гинекология» рекомендуется предусматривать:

- палату(-ы);
- процедурную;
- операционную;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.

- пост медицинской сестры;
- кабинет заведующего дневным стационаром;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.

- комнату для разогрева пищи пациентам (при нахождении пациента свыше 4 ч);
- кабинет врача — акушера-гинеколога;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.

- смотровой кабинет;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.

- кабинет УЗ-диагностики;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.

- комнату персонала;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.

- санузел;
- санитарную комнату;

Вопрос о включении в структуру решается руководителем медицинской организации. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные, а также хозяйственные, подсобные и другие помещения медицинской организации, в структуре которой он создан.

- иные кабинеты по решению руководства медицинской организации.

Приложения

Приложение № 14
к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.10.2020 № 1130н
*Рекомендуемые штатные нормативы дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии*Нормативы не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

	№ п/п		Наименование должности	Количество должностей
1	Заведующий дневным стационаром врач — акушер-гинеколог	Вместо 0,5 должности врача — акушера-гинеколога при наличии менее 15 коек; 1 должность при наличии более 15 коек		
2	Врач — акушер-гинеколог	1 должность на 10 коек		
3	Врач УЗ-диагностики	1 должность на 1 аппарат в смену		
4	Старшая медицинская сестра (акушерка)	Вместо 0,5 должности медицинской сестры при наличии менее 15 коек; 1 должность при наличии более 15 коек		
5	Акушерка или медицинская сестра палатная (постовая)	0,5 должности на 10 коек		
6	Медицинская сестра процедурной	1 должность на 10 коек		
7	Медицинская сестра перевязочной	1 должность		
8	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	0,5 должности на 10 коек		
9	Сестра-хозяйка	1 должность		
10	Санитар	0,5 должности на 10 коек; не менее 1 должности в смену		

Приложение № 15

к Порядку оказания медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.10.2020 № 1130н

Стандарт оснащения дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии

	№ п/п		Код вида Номенклатурной классификации<1>		Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требу колич шт.
1 <2>	120210	Кровать больничная механическая	Кровать функциональная	Не менее 2			
	131200	Кровать больничная с гидравлическим приводом					
136210	Кровать больничная стандартная с электроприводом						
2	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Противошоковая укладка	1			
3 <2>	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха/ устройство для обеззараживания и/или фильтрации воздуха, и/или дезинфекции поверхностей	1			
	152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной					
152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный						
131980	Лампа УФ бактерицидная						
4	184200	Ширма медицинская	Ширма медицинская	1			
5	131950	Стойка для внутривенных вливаний	Стойка (штатив) для инфузионных систем	Не менее 1			
6	184150	Тумбочка прикроватная	Тумбочка прикроватная	По числу коек			
7	260310	Табурет/стул общего назначения	Стул	По числу коек			
8	156900	Мебель для палаты пациента	Шкаф для хранения личных вещей пациента	Не менее 1			
9 <2>	275680	Рабочая станция для анестезии, общего назначения	Аппарат наркозный (полуоткрытый и полузакрытый контуры) <3>	1			
	276070	Аппарат ингаляционной анестезии, передвижной					
276080	Аппарат ингаляционной анестезии, портативный						
275680	Система анестезиологическая, общего назначения						
10	121180	Аппарат искусственной вентиляции легких, ручной, многоразового использования	Аппарат дыхательный ручной <3>	1			
11 <2>	190840	Система мониторинга физиологических показателей нескольких пациентов	Монитор анестезиологический <3>	1			
190850	Система мониторинга физиологических показателей одного пациента для интенсивной/общей терапии						
	274570	Система мониторинга физиологических показателей при перемещении пациентов					
	190850	Система мониторинга физиологических показателей одного пациента					
157130	Модуль системы мониторинга состояния пациента, многофункциональный						

326540	Система гемодинамического мониторинга неинвазивная			
12	238500	Набор для ретроградной эндотрахеальной интубации	Набор для интубации трахеи, включая ларингеальную маску <3>	1
13 <2>	126500	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от аккумуляторной батареи	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от сети и от аккумуляторной батареи (I, II, III) <3>	1
	262440	Дефибриллятор внешний полуавтоматический для профессионального использования с питанием от неперезаряжаемой батареи		
119850	Дефибриллятор внешний с ручным управлением			
14 <2>	216350	Аппарат электронный для измерения АД с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный	Аппарат для измерения АД	1
	216630	Аппарат электронный для измерения АД автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье		
	216560	Аппарат электронный для АД давления автоматический, портативный, с манжетой на палец		
	218430	Аппарат для измерения АД телеметрический		
239410	Аппарат для измерения АД анероидный механический			
122830	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, стационарный			
122850	Аппарат для измерения АД электрический с ручным нагнетением, портативный			
15 <2>	182530	Система аспирационная для хирургии	Аспиратор <3>	1
358710	Система аспирационная хирургическая общего назначения, электрическая			
16 <2>	106490	Система концентрирования кислорода	Источник кислорода (центральная разводка или концентратор кислорода) <3>	1 на отделение
	156250	Система кислородной терапии респираторная		
113770	Блок хранения и подачи жидкого кислорода портативный			
	136780	Система трубопроводная медицинских газов/вакуума		
	191160	Концентратор кислорода стационарный		
325100	Аппарат для получения кислорода для экстренной помощи, многоразового использования			

17	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Укладка профилактики парентеральных инфекций	1
18 <2>	126390	Термометр инфракрасный для измерения температуры тела пациента, кожный	Термометр медицинский	Не менее 1 на 10 коек
	184110	Термометр жидкокристаллический медицинский, одноразового использования		
	213740	Термометр капиллярный для измерения температуры тела пациента, ртутный		
266210	Термометр электронный для измерения температуры тела пациента в импульсном режиме			
300390	Термометр для измерения температуры тела пациента с цветовой индикацией			
335240	Термометр капиллярный для измерения температуры тела пациента, безртутный, неспиртовой			
19 <2>	270020	Тележка для медицинских инструментов	Стол медицинский манипуляционный для размещения инструмента, лекарственных препаратов и приборов	Не менее 1
	270010	Стол для хирургических инструментов		
202390	Тележка медицинская универсальная			
20 <2>	257280	Контейнер для сбора колюще-режущих медицинских отходов	Контейнеры и емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	Не менее 1
	336200	Пакет для сбора, хранения и транспортировки медицинских отходов		
123680	Контейнер для отходов с биологическими загрязнениями			
21	103650	Дозатор для мыла/ дезинфицирующих средств	Диспенсер для мытья и дезинфекции рук	Не менее 1
22 <2>	185890	Контейнер для стерилизации/ дезинфекции	Емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов	1
269850	Контейнер для системы химической дезинфекции медицинских инструментов			
23 <2>	215850	Холодильник фармацевтический	Холодильник медицинский	1
	261620	Холодильник лабораторный, базовый		
143910	Холодильник для крови			
321680	Холодильник/ морозильник для крови			
24 <2>	182870	Тележка с набором контейнеров для хирургических инструментов	Контейнер для хранения стерильных инструментов и материала	2
	273540	Бикс для перевязочного материала		
	269920	Лоток для инструментов		
185890	Контейнер для стерилизации/ дезинфекции			
330770	Камера стерилизационная бактерицидная			

Приложения

<1> Приказ МЗ РФ от 06.06.012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий» (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2012 г., регистрационный № 24852) с изменениями, внесенными приказами МЗ РФ от 25.09.2014 № 557н (зарегистрирован Минюстом России 17 декабря 2014 г., регистрационный № 35201) и от 07.07.2020 № 686н (зарегистрирован Минюстом России 10 августа 2020 г., регистрационный № 59225) (далее — Номенклатурная классификация). При обновлении Номенклатурной классификации код вида может быть изменен.
<2> Необходимо наличие одной из указанных позиций.
<3> При отсутствии в структуре медицинской организации оснащенных указанным оборудованием операционных, манипуляционных и анестезиологической службы.
Прочее оборудование (оснащение)

№ п/п			Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
1	Рабочее место врача — акушера-гинеколога с подключением к информационно-коммуникационной сети Интернет	Согласно штатному расписанию		
2	Рабочее место медицинской сестры с подключением к информационно-коммуникационной сети Интернет	Согласно штатному расписанию		
3	Персональный компьютер с принтером	По числу рабочих мест		

Обеспечение изделиями одноразового применения и расходными материалами осуществляется на основании потребности.

Приложение 40 (к главе VII)

Перечень использованных клинических рекомендаций (Рубрикатор Министерства здравоохранения Российской Федерации)

- Аменорея и олигоменорея, 2021.
- Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция, 2021.
- Аногенитальные (венерические) бородавки, 2021.
- Аномальные маточные кровотечения, 2021.
- Бактериальный вагиноз, 2022.
- Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия, 2022.
- Внематочная (эктопическая) беременность, 2021.
- Внутрипеченочный холестаз при беременности, 2020.
- Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром), 2021.
- Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация, 2018.
- Выкидыш (самопроизвольный аборт), 2021.
- Эндометриоз, 2020.
- Гиперплазия эндометрия, 2021.
- Гонококковая инфекция, 2021.
- Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности, национальные рекомендации, 2018.
- Доброкачественная дисплазия молочной железы, 2020.
- Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки, 2021.
- Женское бесплодие, 2021.
- Инфекция мочевых путей при беременности, 2022.
- Истмико-цервикальная недостаточность, 2021.
- Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста, 2020.
- Медикаментозное прерывание беременности, 2015.
- Менопауза и климактерическое состояние женщины, 2021.
- Старческая астения, 2020.
- Миома матки, 2020.
- Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода), 2022.
- Нормальная беременность, 2020.
- Остеопороз, 2021.
- Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде, 2021.
- Преждевременные роды, 2020.
- Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2021.
- Привычный выкидыш, 2022
- Послеродовое кровотечение, 2022.
- Резус-сенсибилизация. Гемолитическая болезнь плода, 2020.
- Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения.
- Синдром гиперстимуляции яичников, 2021.
- Урогенитальные заболевания, вызванные , 2021.

Mycoplasma genitalium

- Урогенитальный трихомониаз, 2021.
- Хламидийная инфекция, 2021.

Удобная форма и полный состав КР представлены в электронном ресурсе Медиабюро Status Praesens «SP НАВИГАТОР».