

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#2 [96] 05 / 2023 / StatusPraesens

тема
№

Женщина в большом городе



Информационное опыление — новая рубрика журнала SP • Прогрессирование цервикальных неоплазий напрямую зависит от массы тела • ВЗОМТ и ХТБ — не упустить важное и не назначить ненужное • Гормональная контрацепция при эндометриозе: за и против • Клинический случай прогрессирующей до 12 нед эктопической беременности



Уважаемые коллеги!



Период с 23 нед беременности и до 7 дней жизни новорождённого — ответственный этап развития и результат **общего труда врачей** многих специальностей. Перинатология включает все периоды внутриутробного развития человека, его первых дней жизни.

В настоящее время в перинатальном периоде выполняют лабораторно-инструментальные исследования, включающие генетические, биохимические и ультразвуковые методы. Они позволяют **своевременно выявлять** врождённые и наследственные патологические состояния плода с ранних сроков беременности, **корректировать** имеющиеся нарушения внутриутробно и **улучшить качество жизни** маленького пациента.

Сталкиваясь со сложными клиническими ситуациями при работе в перинатальном центре, необходимо стремиться расширять возможности по **созданию фетальной терапии (хирургии) плода**. В этом направлении важно **тесно взаимодействовать** со специалистами федеральных медицинских учреждений, имеющих опыт таких вмешательств (в частности, в рамках телемедицинских консультаций), и одновременно **обучать своих** сотрудников.

Применение фетальных вмешательств у плода позволит **улучшить перинатальные исходы**, в том числе снизить младенческую смертность. Специальности «врач-перинатолог» пока ещё нет в номенклатуре медицинских специальностей, но необходимость её появления **продиктована самой жизнью**. И мы уверены, что это профессия совсем близкого будущего.

Уважаемые читатели StatusPraesens! Хотелось пожелать всем настойчивости в достижении поставленных целей, терпения и хороших показателей нашей работы.

Главный врач Иркутского городского перинатального центра им. М.С. Малиновского, член Общественной палаты Иркутской области **И.В. Ежова**

Status

гинекология акушерство

2 [96] 05 / 2023 / StatusPraesens

научно-практический журнал для акушеров-гинекологов
и специалистов акушерско-гинекологической службы

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liy.ru)
Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов
Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская
Ответственный секретарь редакции: Полина Геннадьевна Плешкова
Научные эксперты: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов
Медицинские и литературные редакторы: Ольга Быкова, Ольга Раевская, Мила Мартынова, Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Виктория Москвичёва
Препресс-директор: Нелли Демкова
Художественный директор: Лина Тавдугмадзе
Арт-директор: Латип Латипов
Руководитель группы вёрстки: Юлия Скюточкина
Выпускающий редактор: Ирина Соколенко
Инфографика и дизайн: Юлия Крестьянинова, Ирина Великанова, Елена Шибяева
Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская
Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 31 мая 2023 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика»: 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №28144. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: иллюстрация Латипа Латипова (создано с помощью инструментов генеративного ИИ). В журнале использованы фотоматериалы фотобанков iStock, «Фотодженика».

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

raeesence

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Рагзинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Конопляников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Крутова Виктория Александровна (Краснодар)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Кущенко Ирина Георгиевна (Томск)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)

Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (Москва)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пашов Александр Иванович (Калининград)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Савичева Алеветина Михайловна (С.-Петербург)
Самойлова Алла Владимировна (Москва)
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Толибова Гулрүхсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Филиппов Олег Семёнович (Москва)
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)

STATUS Pra

гинекология акушерство беременность

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

Пигмалионы нашего времени

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о дихотомии любви и эгоизма в работе акушеров-гинекологов

Акушер-гинеколог ввиду специфики своих компетенций не может относиться к больным как к безликим субъектам. Каждая женщина, обратившаяся на приём, имеет свои страхи, желания, иногда сложные проблемы, требующие подчас незамедлительного решения. Нередко именно доктору предстоит разобраться с тем, что уже долгое время выступает доминантой в сознании пациентки и накладывает отпечаток на её действия и решения. Вдумчивая беседа, доброжелательная обстановка, грамотный сбор анамнеза и составление плана лечения в соответствии с принятыми стандартами — непосредственные обязанности врача, требующие знаний и умений.

12

НОВОСТИ

19

ИНФОРМАЦИОННОЕ
ОПЫЛЕНИЕ

Эра прикладной генетики наступила

Индивидуальный генетический паспорт как настоятельное требование времени

Маклецова С.А.

Геном человека расшифрован, практически все гены изучены, установлена моногенная природа разнообразных заболеваний, а для многих нозологий типа гипертонической болезни или сахарного диабета выявлен целый «букет» вовлечённых в патогенез генов. И если раньше составление «генетического паспорта» требовало нереальных затрат, то сегодня среднестатистическому человеку, в том числе в России, эта технология стала вполне доступной. А нужна ли она ему?

23

ЛЕХТ-ПРОСВЕТ

Красота — это вечность, глящаяся мгновение

Возрастные изменения внешности и качество жизни женщин в пери- и постменопаузе

Шестакова И.Г., Дьяконов С.А.



Глобальные оценки демографов всегда приблизительны, но с большой долей уверенности можно сказать, что из 8 млрд жителей Земли 1 млрд составляют женщины в постменопаузе. Современная задача медицины здорового старения, включая медицину климактерия и геронтологические аспекты гинекологии, — не только обеспечить пациенткам физическое и психическое благополучие в пери- и постменопаузе, но и экономически активно долголетие. В этот период гормональной недостаточности патогенетически логично использование препаратов менопаузальной гормональной терапии, но при всех преимуществах они контрверсионны...

29 VIA SCIENTIARUM



Уловки воспаления

Воспалительные заболевания органов малого таза через призму новых данных

Раевская О.А., Дьяконов С.А.

ВЗОМТ следует подозревать у любой женщины с болями в животе, но при ХТБ по итогам углублённой дифференциальной диагностики и более прицельного обследования женщин только треть пациенток имеют доказанные ВЗОМТ. Остальные страдают другими заболеваниями, лежащими в основе синдрома ХТБ. Впрочем, при этом часть больных с воспалительными процессами, кому антибиотикотерапия действительно показана, упускаются из виду и остаются без должного лечения.

35 ГАЛЕРЕЯ
КЛИНИЧЕСКИХ
ПОРТРЕТОВ

Психика под контролем

Реабилитация после аборта: новые тренды

Оразов М.Р., Ермаков В.В.

Специалисты всё больше обращают внимание на тот факт, что аборт может стать триггером формирования негативного психологического фона. Однако тяжесть реакций, их классификация и даже распространённость стали предметом больших споров. Ещё в 1992 году в одном из американских журналов, посвятившем целый номер проблеме психологических последствий искусственного прерывания беременности, исследователи указали на риск предвзятости специалистов и политизированность выводов. За 30 лет эти факторы только усугубились...

41 ДИСКУССИОННЫЙ
КЛУБ

Скованные одной цепью

Вагинальные инфекции у пациенток с эндокринными заболеваниями

Олина А.А., Метелева Т.А.

47 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Отклонение от нормы

Современные возможности коррекции обильных менструальных кровотечений

Бибнева Т.Н.

Нередко пациентки имеют весьма условное представление о функционировании организма в целом и репродуктивной системы в частности. Так, предменструальный синдром, диспареунию, аномальные (обильные) менструации они зачастую считают обычным делом, думая, что это такая индивидуальная особенность, с которой ничего не нужно делать, тем более лечить. Выявление подобных дискомфортных и порой мучительных проявлений часто становится случайной находкой.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

52



Плюс-сайз-проблема

Пациентки с ВПЧ и ожирением. Недооценённые факторы риска рецидива и прогрессии цервикальной неоплазии

Бибнева Т.Н., Быкова О.А.

Инфицирование вирусом папилломы человека в контексте жировой ткани — на первый взгляд неблагоприятная тема. Не секрет, что вирус тропен к слизистым оболочкам, а не к адипоцитам. Тем не менее его репликация и процессы вирусного онкогенеза зависят от медиаторов местного иммунитета, которые влияют на дальнейшую судьбу потенциальных онкогенов. В свою очередь тонкие механизмы иммуорегуляции существуют не в вакууме и испытывают влияние эндо-, интра- и паракринных сигналов, а следовательно, и жировой ткани. Итак, служат ли избыточная масса тела и ожирение факторами риска персистенции грозного вируса?

59

CONTRA-VERSION

Два полюса мнений

Версии и контраверсии гормональной контрацепции при эндометриозе

Оразов М.Р., Мартынова М.А.

64

Метод D-дукции

Дефицит витамина D и риск цервикальных неоплазий: есть ли связь?

Чернова Н.И., Хамошина М.Б., Мартынова М.А.

73

РАБОТА НАД
ОШИБКАМИ

Комбинированный заслон

Особые свойства контрацептивных пластырей

Ярмолинская М.И., Дьяконов С.А.

79

CASUISTICA

За пределами границ

Клинический случай прогрессирующей до 12 нед эктопической беременности

Рыженков К.В., Хачатрян А.М., Ордянец И.М., Апресян С.В.

Возникновение беременности вне полости матки — опасное и жизнеугрожающее состояние для женщины. Внематочная беременность занимает одно из значимых мест в структуре причин материнской смертности в экономически развитых странах. Согласно статистическим данным, в последнее десятилетие в России по причине внематочной беременности ежегодно гибнут шесть—восемь матерей. В статье представлено описание клинического случая прогрессирующей до 12 нед эктопической беременности. Своевременная диагностика и экстренное оперативное вмешательство позволили предотвратить развитие серьёзных осложнений у пациентки.

82

ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

ПИГМАЛИОНЫ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о дихотомии любви и эгоизма в работе акушеров-гинекологов



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

Устойчивая **мотивация** сотрудника — залог качественного выполнения профессиональных обязанностей. Безусловно, материальная составляющая и условия труда крайне важны, однако именно моральные (внутренние) стимулы многие психологи считают более значимыми. Так, в работе врача одним из ключевых **источников вдохновения**, помимо любви к медицине, выступает **эмпатия**, реализуемая в помощи страждущим.

Акушер-гинеколог ввиду специфики своих компетенций не может относиться к больным как к безликим субъектам. Каждая женщина, обратившаяся на приём, имеет свои **страхи, желания**, иногда достаточно сложные проблемы, требующие подчас **немедлительного решения**. Нередко именно врачу предстоит разобраться с тем, что уже долгое время выступает **доминантой** в сознании пациентки и накладывает отпечаток на все её действия и решения.

Вдумчивая беседа, доброжелательная обстановка, грамотный сбор анамнеза и составление плана лечения в соответствии с принятыми стандартами — непосредственные обязанности врача, требующие определённых знаний и умений. Нам, так же как и скульпторам, нужно **«набивать руку»** (проходить дополнительное обучение, читать профессиональную литературу), чтобы из драгоценного материала создать прекрасную статую. При этом достижение полного комплаенса, который приведёт к желаемым результатам — наступившей долгожданной беременности, исчезновению мучительных жалоб или решению вопроса о контрацепции, — можно считать настоящим чудом, сравнимым с **оживлением скульптуры**.

Как и Пигмалион, полюбивший своё пробудившееся творение, акушер-гинеколог не может остаться беспристрастным в тех ситуациях, где его участие оказалось **критически важным**. Счастливые пациентки, избавившиеся от мучивших их (иногда годами!) проблем со здоровьем, — эффективная **профилактика эмоционального выгорания** врача. Получается, что наша профессия — своеобразный **«эгоальтруизм»**: желание помогать другим и его реализация приносят пользу самому помогающему.

Постоянное разностороннее самосовершенствование — ключ к повышению ценности специалиста. Врач, рекомендуемый современные препараты и передовые методы диагностики, учитывающий индивидуальные особенности, вызовет

[Согласно консенсусу ВОЗ, каждая менструирующая женщина 15–49 лет, проживающая в регионе с высокой распространённостью анемии, должна ежегодно 3 мес в году получать 30–60 мг железа в день.]

гораздо большее **доверие** у пациенток (особенно у «продвинутых» жительниц мегаполиса, активно пользующихся интернетом), чем доктор, действующий по устаревшим методичкам.



Несмотря на то что современные женщины часто выбирают метод контрацепции **самостоятельно**, помощь врача в этом вопросе редко бывает лишней. При сборе анамнеза и обсуждении семейного планирования акушеру-гинекологу следует информировать пациенток о том, какие на сегодняшний день существуют методы предупреждения нежеланного зачатия, рассказать об их преимуществах и недостатках.

В рамках контрацептивного консультирования доктор может уточнить, какие методы пациентка использовала ранее, что ей подошло, а что нет и почему, выявить потребность в **дополнительной коррекции** каких-либо нарушений (предменструальный синдром, андрогензависимые дерматиты и т.д.), понять, подходит ли регулярный приём препаратов, правильно ли пара использует барьерные методы, рассказать о существовании пластырей, спермицидах, внутриматочных системах («спиралях»), недостатках календарного метода и прерванного полового акта, исключить противопоказания.



Самостоятельный выбор контрацепции и тем более отсутствие оной иногда становятся причиной дополнительных проблем. В частности, незапланированная беременность и её прерывание могут негативно отразиться на репродуктивном здоровье женщины, привести к **психологическим нарушениям**. Для тех пациенток, которые не планируют деторождение, после аборта нужно оценить объём необходимых реабилитационных мероприятий, в частности, подобрать

надёжный метод предупреждения зачатия.

Семейное планирование — достаточно **деликатная** тема, и далеко не все женщины готовы к откровенному разговору. Именно поэтому акушеру-гинекологу стоит брать инициативу в свои руки, в доступной форме рассказывать о том, как сохранить репродуктивное здоровье, избежать прежних ошибок. Разговор следует вести в доброжелательной форме, без запугиваний и обвинений. В противном случае пациентка может не прислушаться к рекомендациям и вообще пропасть из поля зрения специалистов... **до следующего аборта**.



Обилие данных в средствах массовой информации, зачастую недостоверных, не способствует повышению **осведомлённости** населения о возможных методах контрацепции и точках их приложения. Напротив, публикации с громкими заголовками о вреде гормональных препаратов формируют **искажённое представление** об этой группе лекарственных средств.

Между тем гормональный контрацептив, назначенный с умом, может не только сохранить репродуктивное здоровье за счёт предупреждения абортотворения. В некоторых ситуациях он также выступает эффективным средством борьбы с симптомами заболеваний, например **эндометриоза**. Дискуссии о потенциальных рисках КОК у пациенток с этим патологическим состоянием пока не утихают, однако на сегодняшний день возможность и целесообразность их назначения нуждающимся в контрацепции женщинам прописана

и в отечественных протоколах, и в зарубежных гайдлайнах. Однако об этом псевдонаучные авторы обычно умалчивают.



Стандартные вопросы, которые задаёт врач женской консультации на приёме, порой требуют **конкретизации**. Даже такой, казалось бы, простой параметр, как характер менструальных выделений, может быть оценён акушером-гинекологом и пациенткой совершенно по-разному. **Объём кровопотери** самостоятельно измерить не так просто. Более того, зачастую обильную кровопотерю воспринимают как норму или «индивидуальную особенность организма».

Между тем обильные маточные кровотечения — это не просто неприятность, которую нужно переждать. Даже если женщина научилась **подстраивать свою жизнь** под менструации и смирилась с периодическими неудобствами, чрезмерная кровопотеря рано или поздно приведёт к другим **осложнениям**, — например, к **анемии**, настоящей **пандемии XXI века**, — игнорировать которые уже не получится.

Анемизация наряду с повсеместным ожирением — страшные последствия научно-технического прогресса. Ещё в 2017 году эксперты ВОЗ приняли **консенсус по профилактике анемии**, поддержанный большинством стран мира. К сожалению, только **теоретически**. Согласно документу, каждая менструирующая женщина 15–49 лет, проживающая в регионе с высокой распространённостью анемического синдрома, должна ежегодно 3 мес в году получать дотацию **30–60 мг железа** в день (любого — двух- или трёхвалентного). Однако на практике нигде эту стратегию реализовать не удалось. Дорого!

Возможно, **целесообразно внедрить** такую программу хотя бы среди девушек-подростков. Они — будущие бе-

[Гормональный контрацептив, назначенный с умом, может не только сохранить репродуктивное здоровье, но и стать эффективным средством борьбы с симптомами заболеваний, например эндометриоза.]

ременные, именно от их исходного состояния здоровья зависит прогноз для следующих поколений. Это и будет реализацией предиктивности!

Кроме юных девушек, надлежит обращать внимание на астеничных пациенток любого возраста. Несмотря на то что сегодня этот синдром достаточно широко распространён в популяции и напрямую не входит в зону ответственности акушера-гинеколога, всегда следует исключать нарушения менструального цикла при наличии жалоб на слабость, бледность, общее недомогание. Именно поэтому не будет лишним потратить несколько минут, чтобы объяснить женщине, как примерно оценить объём менструальной кровопотери, и при необходимости составить план лечения, в том числе назначить препараты железа.

Мотивация к осознанному репродуктивному поведению не ограничена исключительно защитой от нежеланной беременности. Молодые сексуально активные пациентки (до 25 лет) входят в группу риска воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). Одними из самых частых возбудителей этой группы патологических состояний уже долгое время остаются *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* — этиологические представители классических инфекций, передаваемых половым путём.

Нерациональная антибиотикотерапия привела к тому, что выявить ВЗОМТ сегодня не так просто. Далеко не у всех женщин имеют место классические признаки: боль в нижней части живота или малом тазу, обильные выделения из влагалища, диспареуния, аномальные маточные кровотечения, лихорадка, недомогание. Следует отметить, что все эти симптомы неспецифичны, а значит, постановка диагноза может потребовать длительного времени. При субклинической форме жалобы могут вовсе отсутствовать и единственным проявлением будет инфертильность.

Однако дифференциальная диагностика — не единственная сложность при ведении пациенток с ВЗОМТ. Снизить риск осложнений (иногда необратимых) можно лишь при полной эрадикации возбудителей. Мотивация

[Снизить риск осложнений ВЗОМТ можно лишь при полной эрадикации возбудителей. Мотивация к соблюдению курса антибиотикотерапии критически важна для сохранения репродуктивного здоровья.]

к соблюдению курса антибиотикотерапии критически важна для сохранения репродуктивного здоровья женщины.

Профилактика инфекций и ВЗОМТ необходима для успешной реализации репродуктивной функции. Одним из возможных осложнений, вызванных этой группой заболеваний, выступает внематочная беременность.

Сохранение гестации при её возникновении вне полости матки — казуистика. Эктопическая беременность — жизнеугрожающее состояние для женщины. О нюансах диагностики на ранних сроках и результатах своевременного выполнения оперативного вмешательства до разрыва плодных оболочек читайте в статье «За пределами границ» текущего выпуска.

Пациентки с бактериальными инфекциями, передаваемыми половым путём, могут проходить лечение и у дерматовенерологов. Однако с вирусными заболеваниями, в частности вызванными вирусом папилломы человека (ВПЧ), и их последствиями намного чаще сталкиваются именно акушеры-гинекологи.

Распространённость папилломавирусной инфекции (ПВИ) по-прежнему остаётся крайне высокой. К сожалению, добиться целевых охватов вакцинацией пока не удалось. В то же время наличие вируса в организме вовсе не гарантирует появления дисплазии и тем более рака. Однако чем дольше персистирует ВПЧ, тем выше риск поражений.

Если в организм попадает ВПЧ, защитные иммунные механизмы, как правило, способствуют элиминации патогена. Более того, большинство цервикальных интраэпителиальных неоплазий I стадии разрешаются самостоятельно. Именно поэтому сегодня рекомендована выжидательная тактика (18–24 мес) для женщин с таким ги-

стологическим заключением. Звучит оптимистично, однако остаётся вопрос — в чём же отличие менее везучих пациенток, у которых поражение всё же прогрессирует?

Оказалось, что у больных с лишним весом ПВИ дольше сохраняется в организме. Повышенный уровень эстрогенов и адипокинов, вырабатываемых жировой тканью на фоне метаболического синдрома, рост концентрации воспалительных цитокинов могут увеличивать риск персистенции ВПЧ. Кроме того, при ожирении возникает гипоксия тканей и происходит активация ангиогенеза. Последствия этих нарушений весьма печальны — злокачественные поражения *cervix uteri*.

К факторам, повышающим риск поражений шейки матки у ВПЧ-инфицированных женщин, также относят дефицит витамина D. Обеспеченность холекальциферолом значимо влияет на противовирусную защиту организма. Его нехватка приводит к хроническому воспалению и иммунному дисбалансу. Более того, он принимает непосредственное участие в механизмах, контролирующих дифференцировку и рост клеток, активирует пути апоптоза, оказывает антипролиферативное действие и ингибирует ангиогенез.

Недостаточность витамина D существенно снижает резистентность организма к ВПЧ, а также стимулирует персистенцию ПВИ в шейке матки. Таким образом, оптимальный D-статус следует отнести к протективным факторам в отношении цервикальных поражений.

Взаимосвязь эндокринных нарушений и инфекционных заболеваний заставляет не на шутку задуматься о выделении особого направления — эндокринной инфектологии. По крайней мере акушеры-

гинекологи уже сегодня на практике часто встречаются с подобными корреляциями.

Во многих исследованиях установлена связь между дисбиотическими нарушениями влагалища и невоспалительными гинекологическими заболеваниями, включая эндометриоз, дисменорею и даже **злокачественные новообразования**. В то же время эндокринный дисбаланс доказанно приводит к отклонениям в составе вагинальной микрофлоры, вплоть до возникновения клинически значимых нарушений, например бактериального вагиноза или кандидозного вульвовагинита. Более того, у младенцев, рождённых матерями с эндокринными нарушениями, наблюдают повышенное содержание условно-патогенных микроорганизмов и пониженное — представителей *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*.

Таким образом, ведение пациенток с патологическими белями, особенно рецидивирующими, должно включать модификацию образа жизни, снижение избыточной массы тела, коррекцию эндокринных нарушений. **Персонализированный и комплексный подход** к этой проблеме — надёжный способ предупредить осложнения и надолго сохранить достигнутое благополучие.



Так уж сложилось, что основной контингент женских консультаций — пациентки репродуктивного возраста. Между тем нарушения, ассоциированные с менопаузальным переходом, — достаточно распространённая проблема. **Anti-ageing-направление** крайне перспективное, хотя и относительно молодое. Далеко не все специалисты пока ещё умеют составлять программы, позволяющие женщинам полноценно чувствовать себя в зрелом возрасте.

Что уж говорить о самих пациентках, считающих, что старение неразрывно ассоциировано с угасанием, как внешним, так и внутренним. Большин-

[Именно вдумчивый и ответственный специалист, который не рубит сплеча, а учитывает все опции, понимает возможности существующих методов диагностики и лечения, вызовет у женщины больше доверия.]

ство воспринимают симптомы **дефицита эстрогенов** как данность, с которой сделать ничего нельзя, и **молча терпят** все неудобства.

Между тем наука не стоит на месте. Сегодня существует немало безопасных и эффективных способов, чтобы поддержать **качество жизни** на высоком уровне **в постменопаузальном периоде**. Подробнее о них читайте в статье «Красота — это вечность, длящаяся мгновение» текущего выпуска.



Современному врачу любой специальности необходимо постоянно повышать уровень знаний, в том числе **выходящих за пределы его непосредственных компетенций**. И дело не только в растущей частоте коморбидных состояний. Нередко соматические заболевания выступают проявлением нарушений со стороны репродуктивной системы, указывают направление диагностического поиска и влияют на прогноз. Такое отношение к делу позволяет учесть интересы женщины, даже самой **требовательной**, и оказать действительно **качественную помощь**.

Не стоит бояться того, что запросы и ожидания пациенток от медицинской помощи с каждым годом растут. Большинство из них с пониманием отнесутся к тому, что врач назначит дообследование, порекомендует смежного специалиста или просто возьмёт тайм-аут для составления дальнейшей стратегии. Именно вдумчивый и ответственный доктор, который не рубит сплеча, а учитывает все опции, знает свои сильные и слабые стороны, понимает возможности и ограничения существующих ме-

тодов диагностики и лечения, вызовет у женщины **больше доверия**.

Для того чтобы быть действительно заинтересованным в помощи больным, а не просто «выполнять свои должностные обязанности», необходима **искренняя вовлечённость** в каждую «историю болезни» и «амбулаторную карту», а также **любовь к своему делу**. Как это ни парадоксально, но именно продуманный и всесторонний подход к проблеме помогает врачу сохранять **эмоциональный баланс** в условиях плотного рабочего графика, поскольку повышает вероятность достижения желаемых результатов и позволяет оправдать ожидания даже самых взыскательных пациенток.

Отличный способ профилактики эмоционального выгорания — **общение с коллегами**, например при посещении конгрессов и конференций. Нахождение в социуме, представители которого тебя понимают и живут с тобой на одной волне, на одной стороне баррикад, даёт огромный эмоциональный заряд. Именно поэтому важно хоть иногда находить время для посещения подобных мероприятий. Это необходимо **не только разуму, но и сердцу**.

Продвигаясь ввысь по иерархии потребностей Абрахама Маслоу, нельзя не отметить, что для каждого человека важно **признание**. Именно для того, чтобы вдохновить врачей на дальнейшие свершения, отметить выдающихся представителей профессии и погрузиться вместе с коллегами в атмосферу праздника, была создана премия «**Репродуктивное завтра России**». Ежегодное награждение лауреатов проходит в рамках «**Сочинских контраверсий**», а подать заявку может любой желающий. Надеюсь, каждый читатель, который держит в руках текущий выпуск SP, хотя бы раз в жизни побывает на церемонии награждения — такое не забывается! **SP**

[Отличный способ профилактики выгорания — общение с коллегами на конференциях. Нахождение в социуме, представители которого живут с тобой на одной волне, даёт огромный эмоциональный заряд.]

Эра прикладной генетики наступила

Индивидуальный генетический паспорт как настоящее требование времени



Автор: Светлана Александровна Маклецова, канд. мед. наук, исполнительный директор МАРС, исполнительный директор Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Педиатрия и неонатология: развитие клинических практик», генеральный директор ГК StatusPraesens [Москва]

С начала XX века до нашего времени младенческая и детская смертность сократилась примерно в 100 раз. Несомненные успехи науки в целом и медицины в частности, как оказалось, обусловили и «побочные эффекты»: мутации генома (полиморфизмы), не критичные для выживания особи, но ослабляющие организм, стали **сохраняться в популяции** и поступать в «репродуктивный оборот».

Если раньше у ребёнка с нарушенным усвоением витаминов группы В (В₁, В₆, В₁₂) при контакте с пневмококком почти не было шансов на выживание, то сейчас фармакология и вакцинация позволяют этому ребёнку не заболеть вообще и/или вылечиваться — и **иметь потомство**, несущее те же генетические дефекты.

Итог закономерен: человечество **копит груз нелетальных генетических мутаций**. Например, у многих слегка ослаблено всасывание кальция, медленнее синтезируется витамин D, хуже усваивается фолиевая кислота, немного нарушена чувствительность к инсулину, повышена — к глютену (а это — функ-

совсем недавно, в 2022 году, был окончательно завершён глобальный интернациональный проект «Геном человека», стартовавший больше 30 лет назад. **Человеческий геном расшифрован**, практически все гены изучены, чётко определены кодируемые ими белки, установлена моногенная природа самых разнообразных заболеваний, а для многих нозологий типа гипертонической болезни или сахарного диабета выявлен целый «букет» вовлечённых в патогенез генов.

За эти 32 года технологии совершили **качественный скачок**, и если раньше составление «генетического паспорта» требовало нереальных затрат, то сегодня эта технология стала **вполне доступной** среднестатистическому человеку, в том числе в России. А нужна ли она ему?

Выясняется — да! Несомненно. Почему?

циональность ворсинок тонкой кишки, через которые и идёт всасывание почти **всего**)...

Вариантов — множество, но с **каждым поколением** таких «ослабляющих» аспектов становится всё больше. И да, действительно, **наши прабабки были сильнее нас**, потому что они — из когорты «выживших», потому что на их поколение **естественный отбор** действовал в гораздо большей степени, чем на нас.

Возможно, эти же причины лежат в основе растущей частоты бесплодия и общемирового падения фертильности, столь ярко проявившего себя с началом XXI века.



В сложившейся ситуации, которая может казаться безвыходной, крайне важно видеть пути и решения **позитивного свойства**.

Во-первых, человечество уже всюду учится «**подкручивать гены**». Первая «ласточка» — вышедший в **коммерческую** серию генный препарат для лечения

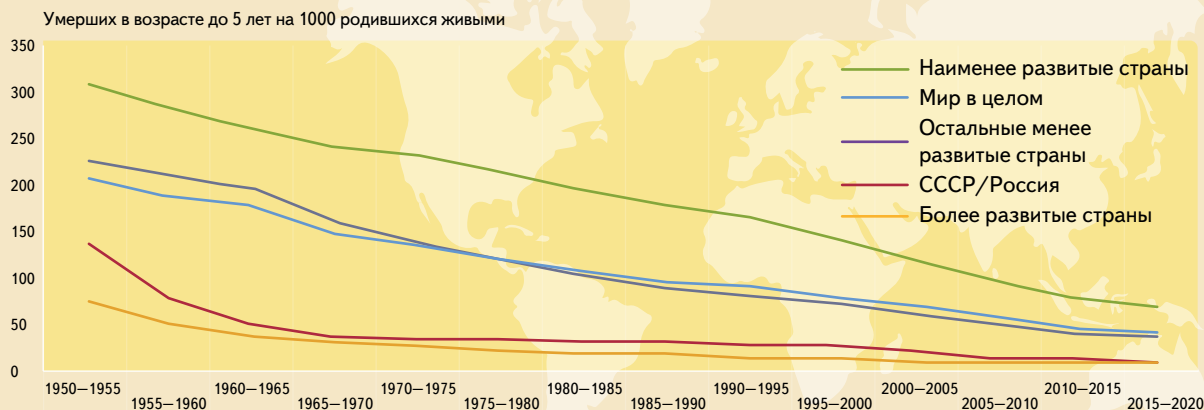
спинальной мышечной атрофии (СМА). Баснословная стоимость терапии **типична для любых** инновационных наукоёмких продуктов, будь то первый в мире компьютер, мобильный телефон или ген, который можно ввести внутривенно (вместе с «системой доставки»). В итоге ген встраивается в дефектную область ДНК и переключает на себя **синтез недостающего белка**, а ребёнок после **60-минутной (!)** интратекальной инфузии **никогда** не сядет в инвалидную коляску из-за постепенного отказа скелетных мышц, последними из которых отключается дыхательная мускулатура с понятным исходом.

Так устроен процесс внедрения инноваций: поначалу всё дорого, но потом стоимость обычно прогрессивно падает, и не за горами тот день, когда китайские умельцы будут производить аналоги препарата «Золгенсма» за \$100, а не за \$2 млн. И не только «Золгенсма». Эпоха «персональной коррекции генома» — наше ближайшее будущее.

Вторая хорошая новость — из **доступного** уже сейчас. Сегодня у нас есть

ЖИЗНЬ БЕЗ ОТБОРА

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ С 1950-х ГОДОВ



Вывод: Сегодня **естественный отбор** уже не оказывает столь значимого влияния на человеческую популяцию, как это было ещё 50–70 лет назад. Однако впечатляющее снижение детской смертности имеет и обратную сторону — **накопление нелетальных мутаций**.

* United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Mortality Report 2019.

реальная возможность, **выяснив свойственные конкретному индивидиу генные дефекты**, менять питание, образ жизни и поведение, дотировать необходимые микро- и макронутриенты. Сделали человеку «генетический паспорт», один раз в течение жизни, — и начинаем работать.

Эра **персонализированной** медицины по-настоящему наступила **только сейчас** — когда мы получили **практическую возможность** увидеть «генетический расклад», который **конкретному** человеку судьба определила при рождении. А зная «карты на руках», можно выдавать очень точные рекомендации — **индивидуальные для каждого**.



Возможна ли сегодня без знаний об индивидуальной генетической карте такая новая отрасль, как **anti-age-медицина**? Может ли человек рассчитывать на 120+ лет, если у него по генетическим причинам не хватает в организме гормона D, который «в ответе за всё», включая середечно-сосудистые и онкологические риски (две главные причины досрочной гибели

людей в мире)? Может ли такая женщина рассчитывать на здоровую репродукцию?

Большое многообразие ослабляющих факторов, когда **виноваты гены**, может и должно быть обнаружено и подправлено. Популяционные решения «витамины всем беременным» или «всем людям витамин D₃ и омегу» закрывают эту проблему лишь частично, потому что они действительно **нужны не всем**, но кому-то — в дозировках, существенно **превышающих** стандартные.

Кому-то для активного долголетия нужно в самом деле исключить **лактозу и глютен**, а кому-то — сильно **расширить** рацион за счёт жирных продуктов. Кому-то для оптимизации физической формы нужно **бегать**, а кому-то — тягать **большой вес**, но с малым числом повторений. Кому-то для снижения веса поможет рецепт «два стакана воды за 30 мин до еды» (замедленное поступление сигнала от наполненного желудка — тоже генетически детерминировано), а кому-то придётся сразу **профилактически** преодолеть инсулинорезистентность.

И ответ, что кому нужно, — в «генетическом паспорте».



Большие научные прорывы в истории человечества современники обычно осознают с большим **опозданием**. Первый двигатель внутреннего сгорания был сконструирован ещё до Наполеоновских войн, но только **2 века спустя** человечество пересело на автомобильный транспорт. Луиза Браун, первый в истории человек, появившийся в результате ЭКО, родилась в 1977 году, а Нобелевскую премию вручили **только в 2010-м**, когда одного из учёных уже не было в живых, а второй, сэр Роберт Эдвардс, надёжно пребывал «в объятиях Альцгеймера».

Сегодня мы колоссально **ускорились**, и это вселяет надежду на то, что для внедрения **практической** генетики понадобится гораздо меньше времени. Ибо польза, которую она способна принести человечеству **уже сейчас**, — поистине колоссальна.

Надо только **осознать**. **SP**

ОТКЛОНЕНИЕ ОТ НОРМЫ

Современные возможности коррекции обильных менструальных кровотечений



Автор: Тамара Николаевна Бебнева, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, научный секретарь РАГИН, врач акушер-гинеколог лечебно-реабилитационного отдела НИИЦ эндокринологии (Москва)

Нередко наши пациентки имеют весьма условное представление о функционировании организма в целом и репродуктивной системы в частности. Именно поэтому предменструальный синдром, диспареунию, аномальные (обильные) менструации они зачастую считают **обычным делом**, тем более о похожих симптомах рассказывают родственницы, подруги и даже незнакомые пользовательницы из интернета, которые активно делятся личным опытом.

Возможно, именно в связи с этим женщины нередко пускают многие патологические состояния на самотёк, думая, что это такая специфическая индивидуальная особенность, с которой ничего не нужно делать и уж **тем более лечить**. Выявление подобных дискомфортных и порой мучительных проявлений нередко становится **случайной находкой**, когда акушер-гинеколог на приёме задаёт наводящие вопросы и получает таким образом информацию о состоянии больной.

По некоторым данным, обильные маточные кровотечения (ОМК) хотя бы 1 раз в жизни регистрируют более чем у трети женщин репродуктивного возраста¹, хотя точных сведений о реальном их количестве нет ни в одной стране мира². Обильные менструации **значительно снижают качество жизни** женщин: приходится практически подстраивать свою активность под кровотечения, менять личные и рабочие планы, бояться «протечек» и думать о запасе гигиенических средств. Однако опасность МКК заключается не столько в этом, сколько в **ухудшении здоровья вследствие анемизации** различной степени выраженности. Хотя пациентки зачастую об этом не осведомлены, а появившиеся симптомы (повышенную утомляемость, слабость, обострение хронических заболеваний и др.) воспринимают как последствия усталости из-за работы и бытовых дел. Увы, по разным причинам **диагностический поиск** от появления симптомов до выставления диагноза порой **может занять несколько месяцев** и даже лет: жалоб на обильные

и длительные менструации женщины не предъявляют, явные проблемы со здоровьем игнорируют, к врачу не обращаются (или делают это слишком поздно), в связи с чем проблема **нередко остаётся скрытой**. И всё это время пациентки страдают от ухудшения самочувствия и состояния здоровья, дискомфорта и низкого качества жизни.

Размытые нормы

Физиологический объём менструальной кровопотери не должен превышать 60–80 мл³. По определению, предложенному Международной федерацией акушеров-гинекологов (International federation of gynaecology and obstetrics, FIGO), продолжительность нормального менструального цикла составляет **24–38 дней**⁴. В качестве **нормальной вариабельности** (от самого короткого до самого длинного) принят период 7–9 дней с незначительной поправкой на возраст: в 18–25 лет — 9 дней и менее, в 26–41 год — 7 дней и менее,

в 42–45 лет — 9 дней. FIGO выделяет две категории **длительности** менструаций: нормальные (8 дней и менее) и длительные (более 8 дней).

Однако представления обывательниц о норме относительно менструального цикла и особенно ежемесячной кровопотери **весьма размыты**. Величина менструальной кровопотери — показатель субъективный. Точно измерить объём кровотечений — задача практически невыполнимая: даже скрупулёзный подсчёт смены прокладок и тампонов даст примерный результат (см. инфографику)⁵.

- **Лёгкое кровотечение** — неполное пропитывание гигиенического средства для скудных/нормальных выделений, смена которого через положенные по инструкции каждые 6 ч также гарантирует от протекания (по желанию можно менять и чаще).
- **Умеренное кровотечение** — необходима обязательная смена полностью пропитанного гигиенического средства для нормальных выделений каждые 4 ч.
- **Обильное кровотечение** — необходима смена полностью пропитанного гигиенического средства для обильных выделений каждые 3–4 ч.
- **Интенсивное (тяжёлое) кровотечение** — вынужденная смена гигиенического впитывающего средства для обильных выделений каждые 2 ч и чаще.

Кроме того, большое значение имеет **собственное восприятие**: одни считают потерю крови в 20 мл весьма обильными кровотечениями, тогда как другие определяют менструации скудными и относятся к ежечасной смене гигиенических средств как к обычному делу.

Это наглядно продемонстрировали результаты крупного исследования, проведённого 10 лет назад, с участием 6179 женщин в возрасте 18–55 лет из 15 стран⁶. Авторы работы решили выяснить, насколько глубоко знания о проблеме ОМК и какие заблуждения и пробелы в понимании темы существуют у пациенток. Оказалось, что более половины опрошенных **считают нормой** подобное состояние, несмотря на то что оно доставляет им серьёзные неудобства в жизни и на работе и влияет на их повседневную деятельность. Каждая четвёртая участница была уверена, что никакого **лечения не существует** и **нет смысла обсуждать** ситуацию с доктором.

Однако ОМК **накладывают ограничения** на ежедневные привычки, вынуждают изменять обычный ход жизни, значительно снижают её качество, а также отрицательно влияют на соматическое и психологическое здоровье. Женщины **испытывают массу неудобств**, они не участвуют в общественных мероприятиях, меньше двигаются и отказываются от занятия спортом и фитнесом, отказываются от интимных отношений

с партнёром. В этот период они чувствуют себя менее привлекательными и уверенными в себе, им необходимо носить определённое, «более надёжное» нижнее бельё, подбирать тип и цвет одежды. Именно обильные менструации нередко становятся причиной **астении, депрессии, тревожности, вегетативных нарушений**⁷, не говоря уже о возникающем **железодефиците**⁸.

Блиц-опрос для пациентки

Часто женщины с ОМК не обращаются за помощью к врачу. Именно поэтому акушер-гинеколог должен сам **активно выявлять** характерные симптомы и тщательно собирать анамнез, чтобы дифференцировать нормальную кровопотерю и патологическую.

Если пациентка теряет **более 80 мл крови**, а её менструация длится более 8 дней, это основание для подозрения у неё ОМК. Однако как выяснить подробности, если зачастую это скрытая жалоба? Достаточно в ходе приёма задать несколько вопросов, ответы на которые могут подтвердить догадки специалиста.

- Ваши менструации продолжаются более 8 дней?
- Вам приходится менять гигиенические средства каждые 1,5–2 ч?
- Вы покупаете средства гигиены с максимальным количеством капель?
- Встаёте ли вы ночью для смены прокладки или тампона?
- Вы нередко обнаруживаете «протечки» на нижнем и постельном белье?
- Приходится ли вам использовать несколько средств защиты одновременно?
- Избегаете ли вы активных мероприятий в дни менструации?
- Носите ли вы специальное бельё во время месячных?
- Наблюдаете ли вы какие-либо последствия избыточной кровопотери?
- Вынуждены ли вы отказаться от сексуальных отношений во время менструации?
- Есть у вас симптомы анемии (повышенная утомляемость, слабость, одышка)?

Всего одна буква, но какая разница!

Увы, врачи до сих пор путают понятия обильных и аномальных маточных кровотечений.

Аномальные маточные кровотечения (АМК) — это **общий термин**, обозначающий отклонения менструального кровотечения от нормы по объёму, длительности и времени начала. К ним же относят межменструальные или кровотечения на фоне нерегулярного менструального цикла. Если менструальные кровотечения непредсказуемые, чрезмерно продолжительные, частые, слишком обильные на протяжении **как минимум последних 3 мес**, то выставляют диагноз АМК.

ОМК — это вид АМК при регулярном цикле без овуляторной дисфункции. Об ОМК говорят, если кровотечение продолжается **гольше 8 дней**, а суммарная кровопотеря превышает 80 мл⁹. Наилучшая характеристика ОМК — определение британского Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи (National institute for health and care excellence, NICE): **избыточная** менструальная кровопотеря, **отрицательно влияющая** на физические, социальные, эмоциональные или материальные аспекты качества жизни женщины.

КАПЛЯ ЗА КАПЛЕЙ



ВИЗУАЛЬНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ*

ВПИТЫВАЕМОСТЬ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ	СТЕПЕНЬ ПРОПИТЫВАНИЯ ТАМПОНА	ОБЪЁМ, мл	СТЕПЕНЬ ПРОПИТЫВАНИЯ ПРОКЛАДКИ	ОБЪЁМ, мл
1 капля	1/4	0,5	1/4	0,5
2 капли	1/2	1	1/2	0,5
3 капли	3/4	1	3/4	0,5
4 капли	1	1	1	1,5
5 капли	1,25	1,5	1,25	1,5
6 капли	1,5	2	1,5	2
7 капли	1,75	1,5	1,75	4
8 капли	2	3	2	3,5
9 капли	2,25	6	2,25	4,5
10 капли	2,5	4	2,5	6,5
11 капли	2,75	8	2,75	6,5
12 капли	3	12	3	8
13 капли	3,25		3,25	12,5
14 капли	3,5		3,5	12,5
15 капель	3,75		3,75	14

ВЫВОД: Точно измерить менструальную кровопотерю **довольно сложно**. Тем не менее подсчёт смены тампонов и прокладок позволит получить **приблизительный результат**.

* Magnay J.L., O'Brien S., Gerlinger C., Seitz C. A systematic review of methods to measure menstrual blood loss // BMC Womens Health. 2018. Vol. 18. №1. P. 142. [PMID: 30134884]

Монетка на ладошке: трудности диагностики?

Нередко в медицинской практике в ходе обследования выявляют сразу несколько причин АМК. Например, ситуации одновременного сосуществования миомы матки и полипа/гиперплазии эндометрия совсем не редки. Исходя из этого, акушеру-гинекологу важно прежде всего **определять ведущую причину** кровотечения, чтобы в дальнейшем правильно выстраивать терапевтическую тактику.

Всем известна удобная для диагностики АМК **классификация PALM-COEN**, разработанная экспертами Международной федерации акушеров-гинекологов (International federation of gynaecology and obstetrics, FIGO)¹⁰. Она ускоряет диагностику и облегчает выбор тактики ведения пациентки с кровотечением. Название сложено из двух английских слов.

- PALM («ладонь») — позволяет определить **объективные структурные причины** при УЗИ, гистероскопии и/или гистологическом исследовании: Polyp (полип), Adenomyosis (аденомиоз), Leiomyoma (миома матки), Malignancy/hyperplasia (злокачественный процесс или гиперплазия).
- COEN («монета») — позволяет определить **неструктурные причины** (так называемые дисфункциональные маточные кровотечения): Coagulopathy (коагулопатии), Ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция), Endometrial (эндометриальный фактор), Iatrogenic (ятрогенный фактор), Not yet classified (неуточнённое АМК).

Важный момент: классификация PALM-COEN применима к АМК у небеременных пациенток репродуктивного возраста, обследовать подростков и женщин в пери- и постменопаузе по этому алгоритму не имеет смысла.

Как прописано в клиническом протоколе, **всем пациенткам с АМК** рекомендованы сбор гинекологического анамнеза, физикальное обследование, осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование¹⁰. Помимо этого могут быть выполнены и дополнительные обследования в зависимости от индивидуальных особенностей каждой женщины¹⁰.

- Если пациентка живёт половой жизнью, для **исключения беременности** необходимо определить концентрацию β -субъединицы хорионического гонадотропина человека в крови.
- Для понимания серьёзности последствий кровопотери назначают **общий анализ крови**. Врача должны особенно насторожить такие жалобы пациентки, как слабость, повышенная утомляемость, бледность кожных покровов, сухость и ломкость волос и ногтей, — подобные симптомы с большой вероятностью указывают на **железодефицит**, в связи с чем кровопотерю вряд ли можно считать умеренной.
- Для исключения/подтверждения **инфекций, передаваемых половым путём**, а также вызванных вирусом папилломы человека, выполняют микроскопическое исследование влагалищного отделяемого.
- При подозрении на **патологические изменения в матке** показано **УЗИ** органов малого таза — обследование позволяет установить наличие субмукозной миомы матки,

полипов или гиперплазии эндометрия, диффузного или узлового аденомиоза и других состояний.

- Для определения параметров **свёртывания крови** и исключения/подтверждения **коагулопатии** назначают гемостазиограмму. Заподозрить коагуляционные нарушения можно при жалобах пациентки на частые носовые кровотечения, кровоточивость дёсен при чистке зубов, лёгкое образование синяков.
- Для диагностики **внутриматочных патологических состояний** у женщин из группы высокого риска гиперплазии эндометрия выполняют гистероскопию.
- Если необходимо исключить **гиперплазию и рак эндометрия**, рекомендована **биопсия эндометрия**. Она показана далеко не всем, и руководствоваться необходимо принципами онконастороженности, назначая её пациенткам с АМК старше 40 лет, женщинам с факторами риска рака эндометрия или при неэффективности медикаментозной терапии. При подозрении на очаговые поражения (полип эндометрия, миома матки) биопсию следует выполнять под гистероскопическим контролем.

Когда ОМК возникает в контексте предсказуемых и циклических менструальных кровотечений, типичных для овуляторных циклов, и когда не идентифицированы другие причины, нарушение физиологического механизма эндометрия **считают первичным**. Механизмы, способствующие нормальному менструальному кровотечению: гемостаз, сужение сосудов, гипоксия, восстановление сосудов и эпителия.

Причины эндометриальной дисфункции^{11,12}.

- Нарушение локальной коагуляции. Повышенное высвобождение простагландина (PGI_2) препятствует **агрегации тромбоцитов**, а это самый важный фактор, способствующий развитию эндометриальной дисфункции, поскольку может увеличивать содержание тканевого активатора — плазмина. Комбинация повышенного PGI_2 , фибринолиза и гепариноподобного эффекта приводит к **недостаточному гемостазу**. При менструации тучные клетки выделяют гепарин, уменьшающий образование фибрина, и гистамин, вызывающий сокращение сосудистых эндотелиальных клеток.
- Нарушение сосудистой функции. Результаты научных исследований свидетельствуют о чрезмерном **усилении локального образования** вазоконстрикторов (эндотелина-1 и простагландина $F_{2\alpha}$) и сосудорасширяющих веществ (простагландинов E_2 и PGI_2), а также ускоренный **распад** образующихся во время менструации **сгустков крови** в эндометрии.

Окружность сосудов эндометрия у женщин с ОМК больше, чем в норме. У пациенток с тяжёлым ОМК отмечают значительное снижение пролиферации гладкомышечных клеток сосудов¹³. Эффективное сужение артериол эндометрия необходимо для ограничения менструальной кровопотери. Основной фактор, определяющий сопротивление потоку, — **радиус кровеносного сосуда**: двукратное его увеличение приведёт к 16-кратному уменьшению сопротивления потоку.

При получении положительных ответов акушер-гинеколог должен аргументированно объяснить пациентке, что последствия ОМК (например, железодефицит) могут негативно сказаться на её состоянии и здоровье её будущих детей, если она планирует беременность. В связи с этим следует восполнять запас железа в организме.

Стоп-кран для кровотечений

Главная задача при ведении пациенток с ОМК — нормализация объёма менструальной кровопотери. Выбор тактики зависит от **конкретной клинической ситуации**, а также от потребностей и **индивидуальных предпочтений** пациенток.

Прежде всего важно учитывать **репродуктивные планы** женщины. Если она планирует беременность, то ей назначают нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) или транексамовую кислоту. В случае если пациентка решила **отложить реализацию детородной функции** и она не против гормонотерапии, то предпочтительны комбинированные оральные контрацептивы (КОК), пероральные прогестагены, левоноргестрелсодержащие внутриматочные системы (ЛНГ-ВМС) и другие гормональные методы. Впрочем, у каждого метода есть свои особенности.

Несмотря на то что **внутриматочные системы** эффективно снижают избыточную кровопотерю при менструациях и во многих международных рекомендациях признаны «золотым стандартом» терапии ОМК¹⁴, далеко не все женщины готовы к установке ЛНГ-ВМС. Возражения могут быть вызваны **как личными предрасположениями** (присутствие инородного тела внутри организма, желание забеременеть в ближайшее время), **так и страхами**, связанными с риском выпадения устройства или прободения стенок матки.

Применение КОК снижает выраженность ОМК по сравнению с плацебо¹⁵, позволяя сохранить таким образом «запасы» гемоглобина и ферритина. Тем не менее в настоящее время достаточно мало исследований, посвящённых использованию препаратов этой группы при ОМК. Их назначают прежде всего

в тех случаях, когда пациентке **необходима контрацепция**, а остальные не-контрацептивные эффекты идут «в нагрузку» к основному действию. Важно также помнить, что назначение КОК не рекомендовано, если женщине **противопоказаны эстрогеновые компоненты** (например, при высоком риске сердечно-сосудистых заболеваний) — в этом случае используют НПВС и препараты других групп.

При лечении ОМК также крайне важна **айрон-поддержка**: на фоне медикаментозного лечения далеко не всегда удаётся достичь нормальных показателей метаболизма железа. Именно поэтому обязателен приём препаратов, содержащих этот элемент, в дозах, рекомендованных авторитетными медицинскими организациями¹⁶.

[Главная задача при ведении пациенток с ОМК — нормализация объёма менструальной кровопотери. Выбор тактики зависит от конкретной клинической ситуации, потребностей и предпочтений пациенток.]

Чётко по пунктам

Показательны результаты отечественного исследования эффективности КОК «Белара», содержащего 2 мг хлормадинона ацетата (ХМА) и 0,3 мг этинилэстрадиола (ЭЭ)⁹, при ОМК у 67 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, **нуждающихся в контрацепции**¹⁷. При этом **дисменорею** отметили 44 (65,7%) респондентки, из которых 35 (79,5%) испытывали **болезненность с менархе**. Из наблюдения **исключили участниц** структурными причинами ОМК и нарушениями коагуляции (в том числе ятрогенными).

В течение 3 мес от начала приёма препарата 97% женщин рассказали об уменьшении менструальноподобной реакции: 37 (55,4%) участниц определяли кровянистые выделения как нормальные, 30 (44,6%) — как скудные. Лишь две (3%) обследуемые не отметили изменения объёма кровопотери. Из 51 (76,1%) пациентки с **латентным железодефицитом** на фоне приёма комбинации ХМА+ЭЭ концентрация железа восстановилась до 30 мг/дл у 49 (96%). Двум (4%) участ-


ницам рекомендовали дополнительное обследование в связи с подозрением на экстрагенитальные заболевания.

Женщины, страдающие дисменореей, также рассказали о явном улучшении: 42 (95,4%) более не нуждались в приёме обезболивающих средств. Это связано с фармакологическим действием гормонов: препарат способствует торможению пролиферации эндометрия и ановуляции, что в свою очередь **снижает выработку простагландинов** в слизистой оболочке матки. ХМА способен подавлять уровень простагландина F₂, а также экспрессию циклооксигеназы 2-го типа в эндометрии¹⁸. Лишь две (4,6%) респондентки не отметили изменений уровня болевых ощущений в этот период.

Комбинация ХМА+ЭЭ продемонстрировала **благоприятный профиль**

безопасности: ни у одной пациентки не зарегистрировали повышения артериального давления, существенного изменения массы тела, тромбоэмболических осложнений. При этом контрацептивного эффекта достигли у всех участниц. Побочные эффекты, **не потребовавшие отмены КОК и дополнительной терапии** (дискомфорт в молочных железах, тошнота, головная боль и др.), имели место у 10 (15%) пациенток в первые 2–3 мес от начала приёма препарата.



Эффективность и безопасность средств для терапии и профилактики ОМК доказаны в многочисленных работах, и КОК занимает одно из важных мест в рекомендуемом лечении для женщин репродуктивного возраста. Сохранение здоровья, профилактика железодефицита, повышение качества жизни — вот те цели, которых можно добиться, используя современные препараты. 

Библиографию см. на с. 82–87.

За пределами границ

Клинический случай прогрессирующей до 12 нед
эктопической беременности



Авторы: Константин Валерьевич Рыженков, зав. гинекологическим отделением ГКБ им. А.К. Ерамишанцева; Анна Мартуновна Хачатрян врач-ординатор того же отделения; Ирина Михайловна Оргиянц, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; Сергей Владиславович Апресян, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, проф. кафедры женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ им. А.К. Ерамишанцева (Москва)

Копирайтинг: Мила Мартынова

Природа загадочна, и порой в ней происходят необычные события. Нередко стремление к жизни настолько сильно, что позволяет живому существу зародиться и развиваться **в самых невероятных условиях**. Например, у морских коньков за вынашивание потомства отвечают представители мужского пола. У самцов этого вида рыб на брюшке есть кожная складка — кармашек, в который самки мечут икринки, — и из неё образуется плацентоподобная структура, хорошо снабжающаяся кровью. Так, отцы в течение пары месяцев вынашивают эмбрионы, а затем рожают маленьких морских коньков¹. И это далеко не единственный пример «нестандартных» беременностей в животном мире.

Увы, человеческий организм не обладает такими чудесными возможностями: возникновение беременности **вне полости матки** — опасное и **жизнеугрожающее** состояние для женщины. Внематочная беременность занимает одно из значимых мест **в структуре причин материнской смертности** в экономически развитых странах^{2–4}. Согласно статистическим данным, в последнее десятилетие в России по причине внематочной беременности ежегодно гибнут **шесть–восемь матерей**⁵.

В статье представлено описание клинического случая **прогрессирующей до 12 нед беременности** в интерстициальном отделе маточной трубы. Своевременная диагностика и экстренное оперативное вмешательство позволили предотвратить развитие серьёзных осложнений у пациентки.

Во главе угла

Самая частая форма эктопической беременности — **трубная** (98–99%)⁶. При этом чаще всего имплантация плодного яйца происходит в ампулярном отделе, но она, хотя и реже, возможна в любом отделе маточной трубы — интерстициальном, истмическом, фимбриальном...

Беременность в интерстициальном отделе, когда плодное яйцо окружено миометрием, была и до настоящего времени остаётся **самой трудной для диагностики** из всех форм трубной беременности из-за своего уникального расположения^{7,8}. Её частота варьирует в пределах 2–8% от общего числа внематочных беременностей⁹.

Важность как можно более ранней диагностики этого состояния связана

с высоким риском массивного внутрибрюшного кровотечения и смертности из-за выраженной васкуляризации зоны патологической имплантации плодного яйца^{3,10}. При интерстициальной беременности частота смертельных исходов 2–2,5%, что приблизительно в 7 раз превышает таковую для эктопической гестации в целом¹¹. Лечение в этом случае **почти всегда хирургическое** и, как правило, заключается в иссечении трубного угла вместе с плодоемстилищем¹².

Течение прогрессирующей эктопической беременности, особенно в случаях интерстициальной локализации плодного яйца, нередко **соответствует клинической картине маточной беременности**^{6,13}. Принимая во внимание малую распространённость этой нозологии, трудности диагностики и высокую **вероятность летального исхода** пациенток при подобном

И снова он!

Есть ли связь между **дефицитом витамина D** и риском внематочной беременности? Ответ на этот вопрос искали многие исследователи. Так, в одной из работ определяли концентрации витамина D у 150 женщин с внематочной беременностью и у 150 — с нормальной¹⁴. Содержание вещества во второй группе было выше, чем в группе участниц с эктопической гестацией ($15,03 \pm 6,54$ и $23,77 \pm 10,49$ нг/мл соответственно; $p < 0,001$).

В аналогичной работе сравнили концентрации вещества в сыворотке крови у 102 беременных в I триместре, распределённых в две равные группы — с нормальной и эктопической беременностью¹⁸. Как показали результаты, уровень витамина D в крови был достоверно выше у участниц первой группы ($34,31 \pm 7,32$ vs $20,95 \pm 20,68$). Иными словами, у женщин с содержанием витамина D в крови 30 нг/мл и менее вероятность внематочной беременности **в 6,4 раза выше**, чем у женщин, чей гравидарный период протекает нормально (ОШ 6,4; 95% ДИ 3,26–15,834).

расположении эмбриона, каждый клинический случай беременности в интерстициальном отделе представляет значительный практический интерес.

Сбор жалоб и анамнеза

Пациентка С. 28 лет поступила в 11.37 11 июля 2022 года в гинекологическое отделение ГКБ им. А.К. Ерамишанцева с диагнозом «Прогрессирующая трубная беременность 11–12 нед».

При поступлении жалоб не предъявляла. Направлена на госпитализацию в гинекологический стационар врачом женской консультации — при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза была диагностирована **прогрессирующая внематочная беременность справа**.

Из анамнеза: наследственный и аллергологический анамнез не отягощены. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Оперативных вмешательств на органах

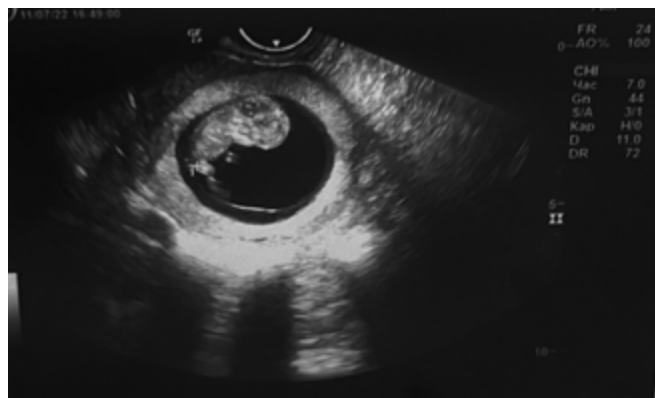


Рис. 1. Ультразвуковая диагностика органов малого таза.

брюшной полости и малого таза не было. Менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, через 30 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 26 лет, замужем.

Последняя менструация (25.04.2022) наступила в срок, обычного характера. Беременности две, в 2021 году произошли своевременные роды без осложнений.

Обследование: шаг за шагом

При осмотре на момент поступления общее состояние удовлетворительное. Температура тела $36,4$ °С. Кожа и видимые слизистые оболочки розовые, чистые, влажные. Дыхание везикулярное, частота 16 в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 76 в минуту. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, чувствительный при пальпации в левой подвздошной области. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика кишечника обычной звучности. Симптом поколачивания поясницы в области проекции почек отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

При осмотре в зеркалах: слизистая оболочка влагалища цианотична, шейка матки конической формы, цианотичного оттенка, наружный зев точечный, на передней губе эрозия. При бимануальном влагалищном исследовании: влагалище узкое, шейка матки отклонена кзади, коническая, плотная, цервикальный канал закрыт. Тело матки в *anteflexio*, не увеличено, мягкой консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки слева не определяются, область их безболезненна. Справа рядом с маткой пальпируется **образование 4–6 см**, чувствительное при пальпации. Задний свод безболезненный. Выделения из половых путей слизистые, светлые.

Клинико-лабораторное обследование (общий и биохимический анализы крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи): результаты в пределах нормы. **β -ХГЧ 154 872,78 мМЕ/мл** (от 11.07.2022).

УЗИ органов малого таза (15.50 11.07.2022): тело матки размерами $59 \times 48 \times 62$ мм, однородной эхоструктуры, эндометрий толщиной 14 мм, однородный. В полости матки плодного яйца нет. В правом углу органа определили **образование диаметром 62 мм с эмбрионом** (копчико-теменной размер 27 мм, соответствует сроку беременности 11 нед 4 дня), сердцебиение эмбриона определяется, хорион расположен по боковой стенке. Шейка матки длиной 4 см, внутренний зев сомкнут. Левый яичник визуализируется в типичном месте, размерами $32 \times 13 \times 21$ мм, нормальной эхоструктуры. Свободная жидкость в малом тазу не визуализируется (рис. 1).

Вмешательство извне

После клинико-лабораторного и инструментального обследования установили клинический диагноз: «Правосторонняя прогрессирующая эктопическая беременность 11–12 нед». Консилиумом принято решение об **экстренном хирургическом вмешательстве: правосторонняя тубэктомия** лапароскопическим доступом, ушивание правого маточного угла, санация, дрени-

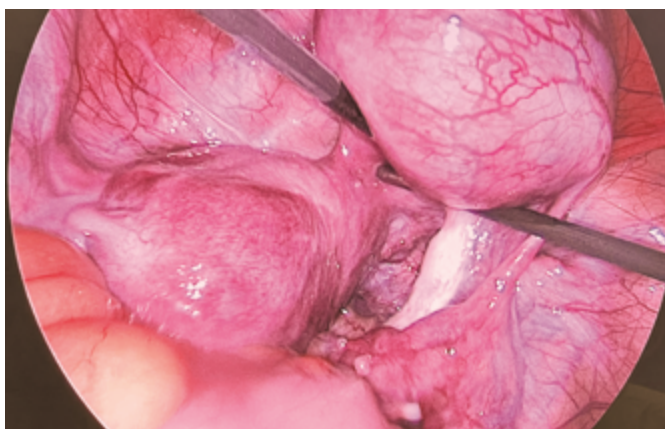


Рис. 2. Правосторонняя тубэктомия лапароскопическим доступом.

рование брюшной полости. Получено письменное информированное согласие пациентки на выполнение операции.

В условиях эндотрахеального наркоза осуществили лапароскопию по стандартной закрытой методике. При ревизии органов брюшной полости и малого таза обнаружили: тело матки розового цвета, соответствует 5 нед беременности, мягковатой консистенции, расположено по центру малого таза (рис. 2).

Правые придатки: яичник размерами 3,5×2×1,5 см, с признаками функциональной активности. Маточная труба в ампулярном отделе расширена до 8 см, фимбрии определяются. Собственная связка яичника и круглая связка справа гипертрофированы. Левые придатки: яичник 3×3×2 см, с признаками функциональной активности. Маточная труба длиной 10 см, ампулярный отдел свободен, фимбрии выражены. При ревизии органов брюшной полости: край печени, петли кишечника, жёлчный пузырь, большая кривизна желудка и пряди большого сальника без видимых признаков патологических изменений.

Ход операции: с помощью биполярного коагулятора и эндоскопических ножниц коагулировали и пересекли мезосальпинкс, маточный конец трубы с краем правого маточного угла. Выполнили дополнительный гемостаз. Правый маточный угол и мезосальпинкс ушили отдельными узловыми швами. Контроль гемостаза: гемостаз устойчивый. Трубу с плодным яйцом поместили в эндоскопический контейнер, удалили через левое троакарное отверстие. Брюшную полость промыли и осушили. Выполнили дренирование брюшной полости с помощью силиконовой трубки через левое троакарное отверстие. Троакары удалили, выполнили десуфляцию. На троакарные раны наложили отдельные узловые швы. Раневое поле обработали антисептическим препаратом, наложили асептическую наклейку. Кровопотеря составила 300 мл.

Описание макропрепарата: правая маточная труба с **плодным яйцом и эмбрионом** (рис. 3).

Патоморфологическое заключение: миометрий с полнокровием сосудов, в полости матки **гемодициальная ткань** и дистрофически изменённые **ворсины хориона**; маточная труба с полнокровием сосудов.

Послеоперационный период протекал **без осложнений**. Назначали антибактериальную и обезболивающую терапию. Пациентку выписали домой на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. Женщине рекомендовали УЗИ органов малого таза

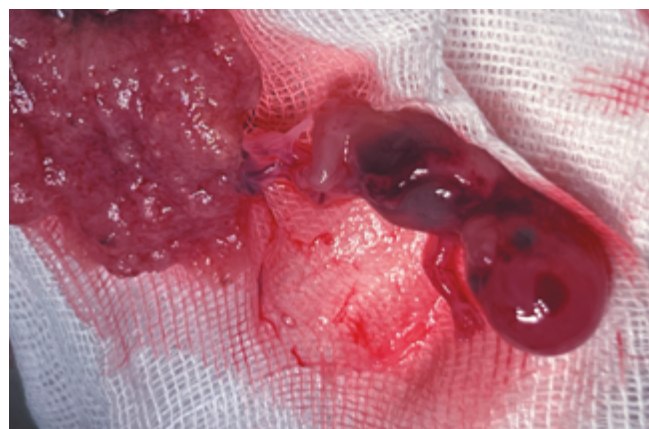


Рис. 3. Макропрепарат: правая маточная труба с плодным яйцом и эмбрионом.

через 3 мес после оперативного лечения, гормональную контрацепцию в течение 6–9 мес, прегравидарную подготовку на этапе планирования последующей беременности и наблюдение врача акушера-гинеколога с ранних сроков ввиду высокого риска акушерских осложнений.

Определение β-ХГЧ и обнаружение трофобласта вне матки при УЗИ начиная с 18-го дня задержки менструации — «золотой стандарт» диагностики эктопической беременности. Если при положительном тесте и при 3-недельной задержке менструации врач при УЗИ не находит трофобласт на его «законном месте», то это сразу **должно насторожить** специалиста¹⁵.

Основные критерии, на которые следует опираться врачу **при подозрении** на эктопическую беременность.

- Содержание β-ХГЧ в сыворотке крови свыше 1000 МЕ/л.
- При трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется.
- Абдоминальный болевой синдром.

Ковенными признаками эктопической беременности можно считать гематосальпинкс небольшого диаметра и клинически значимый (свыше 10 мл) объём жидкости в малом тазу.

Если своевременно не выявить трубную беременность и недооценить факторы риска, то возможен летальный исход. Тем не менее **на первый взгляд жёсткие** диагностические критерии не всегда срабатывают на практике: пациентки нередко **не помнят дату своей последней менструации** и вероятный день зачатия, они не всегда предъявляют жалобы, поскольку симптомы могут отсутствовать или быть нехарактерными, а результаты физикального обследования не всегда отражают истинное положение вещей¹⁶.

Клинический случай демонстрирует эффективную медицинскую помощь пациентке, включающую диагностику прогрессирующей беременности в правой маточной трубе на ранних сроках гестации и **своевременное выполнение** оперативного вмешательства до разрыва плодных оболочек. Всё это позволило избежать развития серьёзных осложнений. **SP**

НЕ ДО ЖИРУ?

ГАЙДЛАЙНЫ ПО ОЖИРЕНИЮ У БЕРЕМЕННЫХ*



Международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO) в 2020 году выпустила отдельный гайдлайн по ведению **беременных с ожирением**. В условиях fat-пандемии и материнского старения таких пациенток всё больше и больше.

1 Прибавка массы тела у беременных с ожирением не должна превышать **5–9 кг**.



2 Сбалансированная диета и умеренная физическая активность.



3 При **бариатрических операциях** в анамнезе — консультация **диетолога**.



4 Фолиевая кислота (до 5000 мкг/сут).



5 **Витамин D:** FIGO не рекомендует конкретные дозы, но российское руководство допускает до 6000 МЕ/сут при D-дефиците у беременных с ожирением**.



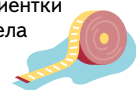
6 При наличии дополнительных факторов риска преэклампсии возможна аспиринопрофилактика с ранних сроков беременности.



7 Глюкозотолерантный тест **при первом визите**, а не в сроке 24–28 нед!



8 **Мотивирование** пациентки на снижение массы тела после родов.



9 Подбор **послеродовой контрацепции**.



Российский гайдлайн при ожирении III степени предусматривает гепаринопрофилактику тромбозов в течение 10 сут после родов***

Вывод: Актуальные в российских условиях рекомендации по ведению беременных с ожирением **«разбросаны» по национальным и международным гайдлайнам**. Особенности наблюдения и лечения таких пациенток необходимо свести воедино и привлекать междисциплинарную команду специалистов.

* McAuliffe F.M., Killeen S.L., Jacob C.M. et al. Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) guideline // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2020. Vol. 151. Suppl 1. P 16–36. [PMID: 32894590]

** Баранов И.И., Дорофейков В.В., Зазерская И.Е. и др. Междисциплинарное руководство по профилактике и лечению дефицита витамина D в прегравидарном периоде, во время беременности и после родов. СПб.: Эко-Вектор, 2020. 79 с.

*** Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоземболия: Клинические рекомендации. 2022. — URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/723_1.