



НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Московская медицина

№ 2 (66)
2025

тема номера

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОСКВИЧЕЙ

Забота о женском
здоровье по новому
стандарту

стр. 4

Первый клиентский
путь ведения
беременности

стр. 42

Неонатальная
служба
Москвы

стр. 82

**ВОЕННЫЕ ВРАЧИ, ФЕЛЬДШЕРЫ, МЕДСЕСТРЫ,
САНИТАРЫ, САНДРУЖИННИКИ ВНЕСЛИ
НЕОЦЕНИМЫЙ ВКЛАД В ПОБЕДУ НАД ВРАГОМ.
БЛАГОДАРЯ ИХ САМООТВЕРЖЕННОЙ РАБОТЕ
РАНЕННЫЕ БОЙЦЫ БЫСТРО ВОЗВРАЩАЛИСЬ
В СТРОЙ, ПРОДОЛЖАЯ ГРОМИТЬ ФАШИСТОВ**



За героические подвиги во время Великой Отечественной войны
47 военно-медицинских работников удостоены
звания Героя Советского Союза,
13 человек награждены полководческими орденами

Среди военных медиков 18 полных
кавалеров ордена Славы

Свыше 115 000 военно-медицинских работников
и более 30 000 работников здравоохранения
награждены орденами

**ПОМНИМ,
ЦЕНИМ,
ГОРДИМСЯ!**





Алексей Хрипун

руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы

Москва первой в стране приступила к комплексному решению задачи сохранения репродуктивного здоровья населения и поддержки людей, которые стремятся стать родителями. Мы внедрили особый вид диспансеризации, направленный на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин. В сентябре прошлого года запущен проект, по которому москвички смогут бесплатно сдать кровь на уровень антимюллерова гормона и определить, насколько велик у них запас яйцеклеток, и, если этот запас иссякает, воспользоваться процедурами заморозки яйцеклеток и искусственного оплодотворения. Этот новый проект столичного здравоохранения соответствует задачам национального проекта «Семья», среди целей которого – забота о репродуктивном здоровье населения, повышение рождаемости в нашей стране, укрепление семейных ценностей и всесторонняя поддержка родителей.

Столичное здравоохранение продолжает курс на обновление. Сегодня мы заняты внедрением нового стандарта акушерско-гинекологической помощи, который предполагает модернизацию и переоснащение,

реализацию преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями оказания медицинской помощи женщинам по профилю «акушерство и гинекология».

Мы разработали клиентский путь «Нормальная беременность» – пошаговый алгоритм всех необходимых обследований и процедур для будущей мамы и клиентский путь «Бесплодие», который призван помочь москвичам, желающим стать родителями. Сегодня на очереди разработка и внедрение клиентских путей «Магнитно-резонансная томография плода», «Миома матки» и др.

В Москве на базе крупных многопрофильных стационаров уже открыты пять центров женского здоровья, оснащенные по единому стандарту самым современным диагностическим оборудованием, где будут оказывать помощь компетентные специалисты – акушеры-гинекологи, терапевты, эндокринологи, психологи. Ведется строительство новых таких центров, их будет около тридцати. В центрах женского здоровья в прекрасных комфортных условиях пациентки смогут получать всю необходимую медицинскую помощь в течение всей жизни – от консультаций и обследований до сопровождения во время беременности.

Содержание

- 1** Вступительное слово руководителя
Департамента здравоохранения города
Москвы Алексея Хрипуна

Охрана репродуктивного здоровья по новому стандарту

- 4** Забота о женском здоровье по новому стандарту
- 10** Забота о женском здоровье по новому стандарту. Инфографика
- 12** Репродуктивное здоровье девочек и девушек
- 18** Забота о репродуктивном здоровье мальчиков
- 24** Диспансеризация мужчин и женщин с целью оценки репродуктивного здоровья
- 30** Женское здоровье: профессиональный подход к подготовке кадров

Лечение бесплодия

- 34** Применение вспомогательных репродуктивных технологий в Москве
- 40** Клиентский путь «Бесплодие». Инфографика



с. 12

Фото: мос.ру



с. 36

Фото: НИИОЗММ



с. 78

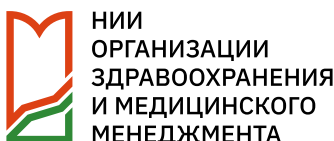
Фото: НИИОЗММ

Система родовспоможения в Москве

- 42** Московский стандарт ведения беременности
- 48** Клиентский путь «Нормальная беременность». Инфографика
- 54** Охрана здоровья беременных. Патологии беременности. Профилактика акушерских осложнений
- 62** Мероприятия по охране здоровья плода
- 68** Внедрение пациентоориентированного подхода в родильном доме
- 78** Особенности ведения родов и послеродового периода
- 82** Неонатальная служба Москвы. Инфографика
- 92** Психологическая помощь беременным женщинам, попавшим в трудные жизненные ситуации



Фото: НИИОЗММ



Редакция журнала «Московская медицина»:
115088, г. Москва,
Шарикоподшипниковская ул., д. 9
nlozm@zdrav.mos.ru
Представителем авторов публикаций в журнале «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя).
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Журнал представлен в РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

Учредитель:
Департамент здравоохранения города Москвы

Издатель:
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы (НИИОЗММ ДЗМ)

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой
по надзору в сфере связи
и массовых коммуникаций
23 октября 2014 года.
Регистрационный номер
ПИ № ФС 77-57984

Выпуск № 2 (66) 2025 г.
журнала «Московская медицина»
отпечатан 31 марта 2025 года

Отпечатано
ООО «Профпринт»

Заказ № 8
Тираж 10 000 экз.
Распространяется бесплатно.

12+

ISSN 2587 — 8670



9 772587 867000

Журнал «Московская медицина»

Редакционный совет

Айрапетов Георгий Александрович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

Загребнева Алена Игоревна, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зайратьянц Олег Вадимович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Князев Олег Владимирович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Одинцов Виталий Евгеньевич, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

Османов Исмаил Магомедтагирович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный детский специалист нефролог Департамента здравоохранения города Москвы

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

Туранский Евгений Эдуардович, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Урванова Ирина Анатольевна, директор МГФОМС

Фомин Виктор Викторович, главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач), главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург и эндоскопист Департамента здравоохранения города Москвы

Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Редакторы: **Алина Дмитриевна Хараз**

Анна Андреевна Гришунина

Корректор: **Ирина Давидовна Баринская**

Дизайнер: **Петр Витальевич Жеребцов**

Фотографы: **Людмила Николаевна Заботина**

Алексей Валерьевич Зеленин

Алексей Алексеевич Чеканов

Забота о женском здоровье по новому стандарту

О новых подходах к оказанию акушерско-гинекологической помощи в столице, особенностях диспансеризации населения репродуктивного возраста рассказывает главный внештатный специалист по гинекологии Москвы Вера Коренная



Вера Коренная, главный внештатный специалист по гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы, заместитель главного врача Городской клинической больницы № 52 по перспективному развитию, доцент кафедры акушерства и гинекологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, к. м. н.

— Вера Вячеславовна, что представляет собой новый стандарт акушерско-гинекологической помощи?

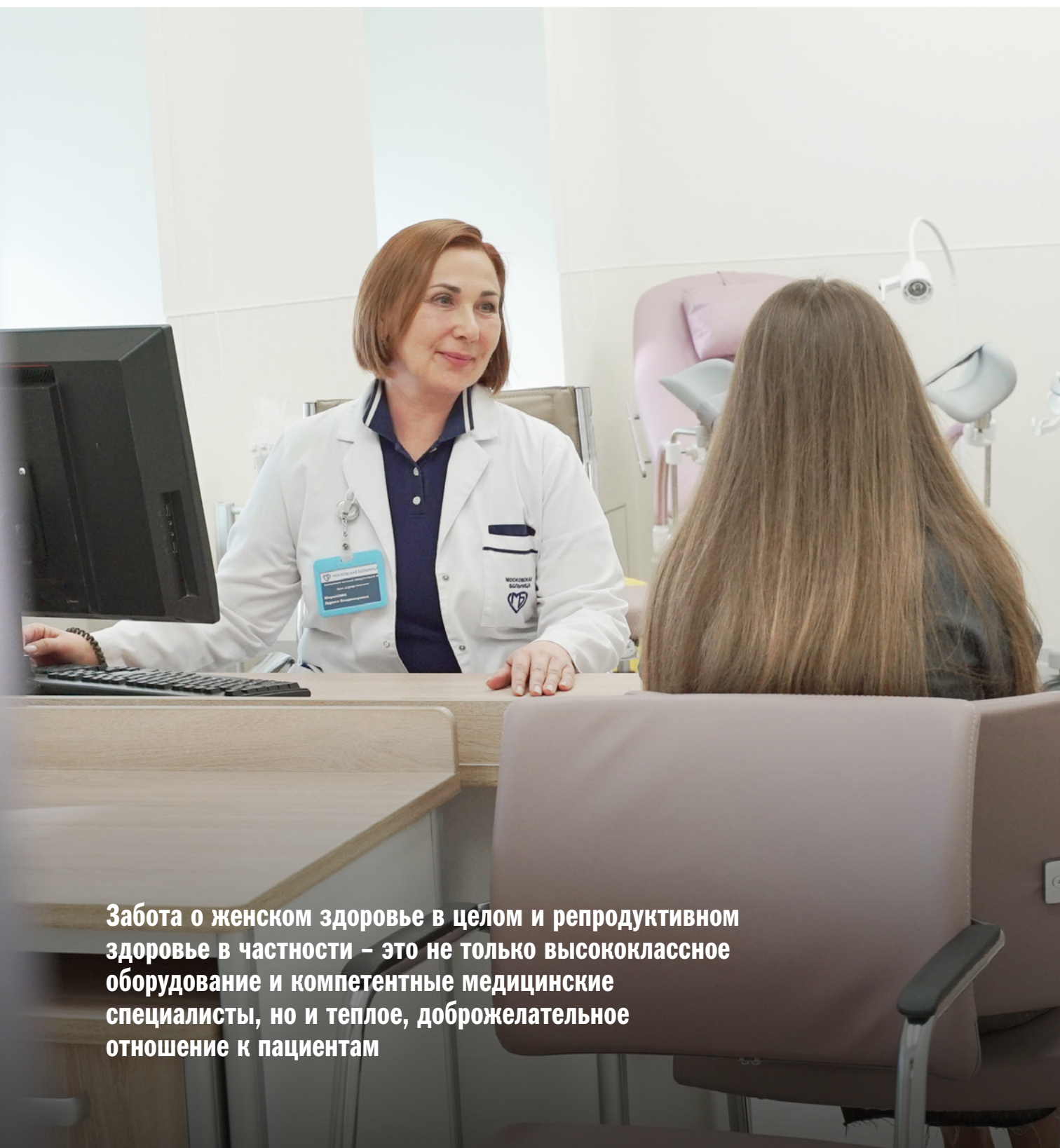
— Новый стандарт разработан специально для такого мегаполиса, как Москва, и учитывает современные тренды в здравоохранении, которые соответствуют потребностям пациентов и новым достижениям в медицине. Он складывается из ряда программ и решений, которые масштабируются на весь город. Так, например, он включает новый стандарт женской консультации, которая постепенно трансформируется в Центр женского здоровья. По единому образцу формируется система предоставления всех необходимых женщинам процедур и консультаций в одном месте. Помимо акушеров-гинекологов, штат центра включает эндокринолога, терапевта, психолога. Стандарт обслуживания для Центра женского здоровья также единый, в него входят ультразвуковые аппараты, кольпоскопы в каждом кабинете акушера-гинеколога, маммограф. Женщине

больше не надо ходить в поликлинику, чтобы получить направление и сделать маммографию, направление выдаст непосредственно врач — акушер-гинеколог, и можно сразу же пройти обследование.

Такие центры становятся форпостами медицинской помощи женщинам в Москве. Речь идет не только о новых или отремонтированных зданиях, оснащенных по самым современным стандартам, или о расширенном штате специалистов. В центрах женского здоровья максимально используются цифровые решения. Цифровой паспорт участка позволяет врачу — акушеру-гинекологу видеть медицинские данные всех своих прикрепленных пациенток, результаты их анализов с фиксацией отклонений, на которые он сразу обратит внимание и сможет максимально быстро среагировать.

Новый единый стандарт акушерско-гинекологической помощи реализуется не только на этапе первичного консультирования и амбулаторной помощи в женских консультациях и центрах женского здоровья, но и в родильных домах >>>

▶
Центры женского здоровья становятся форпостами медицинской помощи женщинам в Москве



Забота о женском здоровье в целом и репродуктивном здоровье в частности – это не только высокотехнологичное оборудование и компетентные медицинские специалисты, но и теплое, доброжелательное отношение к пациентам

Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ

▲
Новый стандарт оборудования делает удобным проведение необходимых манипуляций

и гинекологических отделениях стационаров. Мы уделяем большое внимание преемственности между амбулаторным и стационарным уровнем, согласованной работе всех звеньев цепи, отвечающих за здоровье женщины, что особенно актуально в условиях мегаполиса. Не менее важно постоянное обновление клинических рекомендаций в соответствии с актуальными научными данными. Сейчас мы руководствуемся новыми, недавно принятыми клиническими рекомендациями.

— Какие нововведения потребовались для реализации нового стандарта? Будет ли он развиваться?

— Для реализации нового стандарта акушерско-гинекологической помощи потребовались

системные перестройки. В первую очередь в части, касающейся цифровизации здравоохранения. Эта работа безусловно будет продолжена – системы дистанционного мониторинга состояния здоровья пациенток развиваются и в количественном, и в качественном отношении. Организация более эффективной маршрутизации пациенток потребовала длительной работы профессионального сообщества. На сегодняшний день выстроены и успешно работают клиентские пути для женщин с нормально протекающей беременностью, бесплодием. Продолжается работа по улучшению маршрутизации и по другим направлениям акушерско-гинекологической помощи.

— В Москве уделяется большое внимание репродуктивному здоровью женщин,

МЫ УДЕЛЯЕМ БОЛЬШОЕ ВНИМАНИЕ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ АМБУЛАТОРНЫМ И СТАЦИОНАРНЫМ УРОВНЕМ, СОГЛАСОВАННОЙ РАБОТЕ ВСЕХ ЗВЕНЬЕВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



В СИСТЕМЕ ЕМИАС НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ АМГ УЖЕ ОТКРЫТО У ВСЕХ МОСКВИЧЕК В ВОЗРАСТЕ ОТ 25 ДО 39 ЛЕТ

действуют специальные программы. Есть ли аналоги таких программ в мире, в других регионах России?

– В Российской Федерации принята программа «Диспансеризация репродуктивного здоровья», которая включает стандарт обследований, направленных на выявление (в том числе раннее) возможных причин, которые могут привести к нарушению репродуктивной функции. Московский регион пошел дальше и расширил базовую программу репродуктивной диспансеризации, дополнив ее возможностью массовой, доступной любой женщине репродуктивного возраста, сдачи анализа крови на антимюллеров гормон (АМГ), а также значительно расширил федеральную программу госгарантий в части, касающейся проведения ЭКО. Москвички могут не только бесплатно провести саму процедуру, но еще и пройти генетическое тестирование эмбрионов, а также витрифицировать, то есть заморозить, яйцеклетки в случае необходимости отложенного материнства. Все это за счет государства.

— Как главный внештатный специалист Москвы по гинекологии, вы много рассказываете, в том числе в средствах массовой информации, об уникальных возможностях оценки репродуктивного здоровья, которые есть у жительниц столицы. Однако по-прежнему остается много вопросов. Например, по поводу анализа крови на антимюллеров гормон (АМГ). Как такое исследование может помочь женщине?

– Анализ крови на АМГ (кровь берется из вены) позволяет оценить овариальный резерв женщины, уровень АМГ позволяет косвенно определить количество яйцеклеток в организме женщины. Антимюллеров гормон не единственный маркер овариального резерва, поэтому его выбор вызвал много обсуждений. Мы используем его в качестве скринингового метода по ряду соображений. АМГ в отличие от других гормональных маркеров, например фолликулостимулирующего гормона, практически не зависит от фазы менструального цикла. Уровень АМГ дает женщине важную информацию. Если он в норме, она может спокойно планировать беременность в желательное для нее время. Однако надо учитывать, что в среднем после 30 лет (иногда раньше или чуть позже) овариальный резерв начинает постепенно снижаться, и у нас нет средств его восстановить. При желании анализ можно повторить через год или два, чтобы не упустить время. Если же уровень АМГ указывает на возможное снижение фертильности (так называемая субфертильность), пациентке рекомендуется консультация специалиста, дальнейшие обследования и лечение. В случае необходимости она сможет использовать широкий спектр вспомогательных репродуктивных технологий, значительная часть которых сейчас доступна в рамках обязательного медицинского страхования.

Запас яйцеклеток – это еще не все, что определяет фертильность и репродуктивное здоровье. Если женщина хочет, но не может забеременеть, нужно оценить проходимость труб, состояние матки и, разумеется, обследовать не только женщину, но и партнера. Выявить проблемы желательно как можно раньше, даже если вопрос о беременности в данный момент не стоит. Раннее начало лечения часто позволяет избежать трудностей, с ними сталкиваются женщины, которые запланировали беременность, но обнаружили медицинские препятствия. >>>

— Давайте повторим, в том числе для врачей общей практики, к которым также обращаются с вопросами пациентки, кому и как можно пройти анализ на АМГ.

— В системе ЕМИАС направление на анализ уже открыто у всех москвичек в возрасте от 25 до 39 лет. Достаточно выбрать через компьютер или смартфон удобное время, сдать анализ, а потом получить результат, зафиксированный в электронной медицинской карте. Женщины старше 40 лет, которые планируют беременность, тоже могут сдать анализ, но для того, чтобы получить направление, надо записаться на консультацию к врачу — акушеру-гинекологу. Здоровые девушки до 25 лет, как правило, не имеют проблем с овариальным резервом, поэтому предлагать пройти анализ на уровень АМГ всем мы считаем нецелесообразным.

Однако, если у мамы девушки была ранняя менопауза, сама она перенесла операцию на яичниках, пройти анализ имеет смысл. Если перечисленные факторы зафиксированы в медицинской карте и обозначены в анамнезе, цифровые технологии позволяют автоматически определить такую пациентку в группу риска, и направление на анализ, скорее всего, автоматически появится в ее электронной карте. Если нет, на консультации у акушера-гинеколога можно уточнить вопрос о возможности его сдачи.

— Как по новому стандарту реализуется помощь женщине, которая хочет стать мамой, но имеет различные медицинские проблемы?

— За последние годы мы сделали огромный рывок в решении таких задач. Если

Новый стандарт касается всех аспектов акушерско-гинекологической помощи



Фото: ГКБ № 52



ЕСЛИ У ЖЕНЩИНЫ ВЫЯВЛЕНО ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОЧЕВИДНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ, МЫ МОЖЕМ ЕЩЕ ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ЗАБРАТЬ У ПАЦИЕНТКИ ЯЙЦЕКЛЕТКИ И ДАЖЕ ЗАМОРОЗИТЬ ЯИЧНИКОВУЮ ТКАНЬ

совсем недавно наличие непроходимости маточных труб было приговором, то сейчас наши возможности выглядят поистине безграничными. Например, если у женщины выявлено онкологическое заболевание, которое является очевидным противопоказанием для беременности, мы можем еще до начала лечения забрать у пациентки яйцеклетки. Стать мамой женщина сможет после благополучного завершения лечения. Технология криоконсервации может быть экстраполирована и на мужчин: заморозка спермы и последующее использование биоматериалов может стать выходом в ряде жизненных ситуаций.

— Как можно охарактеризовать уровень репродуктивного и в целом женского здоровья москвичек на основании имеющихся данных?

— К сожалению, многие женщины не задумываются о том, что с возрастом (начиная примерно с 27–32 лет) количество качественных и здоровых яйцеклеток в яичниках уменьшается. Врачи — акушеры-гинекологи нередко сталкиваются со сложностями, связанными со сравнительно поздним планированием беременности. Сейчас средний возраст рождения первого ребенка в Москве составляет 28–29 лет, второго — 34–35 лет.

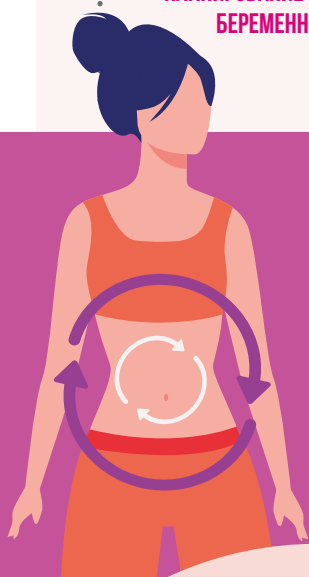
В целом гинекологические заболевания встречаются у москвичек с такой же частотой, как и у жительниц других стран или регионов России. Радует, что сокращается число запущенных случаев заболеваний благодаря хорошему охвату диспансеризацией и росту информированности людей о важности наблюдения за своим здоровьем. Женщины, вышедшие из репродуктивного возраста, сталкиваются с рядом проблем, которым

мы также уделяем большое внимание. Одна из них, например, пролапс тазовых органов. Современные технологии позволяют эффективно решать проблему, ранее доставляющую женщинам много неприятных ощущений. При этом надо отметить, что своевременное выявление гинекологических заболеваний, забота о себе в репродуктивном возрасте, эффективное медицинское сопровождение во время беременности, родов и в послеродовом периоде являются профилактикой многих заболеваний у женщин старшего возраста.

— Новый стандарт акушерско-гинекологической помощи — масштабная, комплексная и, наверное, непростая задача. Как разрабатываются такие программы? Как происходит их внедрение?

— Как при разработке, так и при реализации подобных программ, которые сейчас в Москве ведутся по многим направлениям медицинской помощи, крайне важно тесное сотрудничество организаторов здравоохранения и профессионального медицинского сообщества. Формируются рабочие группы, аккумулируются знания, ведутся дискуссии, выдвигаемые гипотезы проходят многократную и многоуровневую проверку. Проект отрабатывается пилотно в одном или двух учреждениях и только после подтверждения его работоспособности масштабируется на весь город. Безусловно, крайне важна информационная поддержка, объяснение причин, почему необходимы изменения, какую пользу от них получают люди. Когда мы видим позитивную статистику, подтверждающую результаты наших усилий, это вдохновляет. 

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ЦЕНТРА ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Забота о женском здоровье по новому стандарту

В МОСКВЕ СОЗДАЕТСЯ СЕТЬ ЦЕНТРОВ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ПО НОВОМУ СТАНДАРТУ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ФУНКЦИОНАЛ ЦЕНТРОВ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

1

ПЛАНИРОВАНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ

2

ВЕДЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ

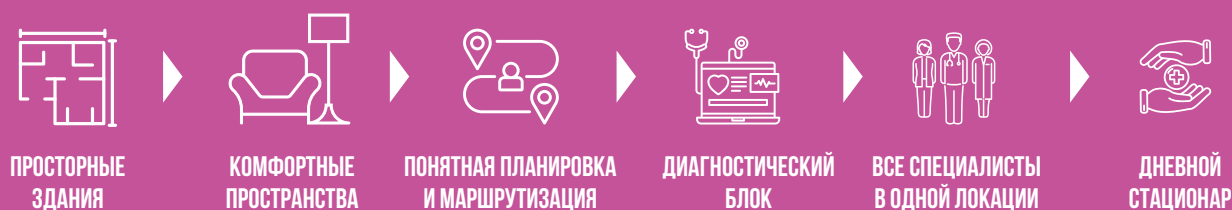
- Нормальной
- У пациенток с невынашиванием
- При экстрагенитальной патологии
- У женщин группы высокого акушерского риска



В СТРУКТУРЕ ЕДИНОГО КОМПЛЕКСА



ЦЕНТРЫ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОТКРОЮТСЯ В СТРУКТУРЕ КРУПНЕЙШИХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ МОСКВЫ. ЭТО ПОЗВОЛИТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ МЕДИЦИНСКИЕ РЕСУРСЫ СТАЦИОНАРА



3

ПРОФИЛАКТИКА

- Раннее выявление предраковых заболеваний

4

ЛЕЧЕНИЕ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Патология шейки матки
- Бесплодие
- Доброкачественные заболевания молочной железы
- Несостоятельность мышц тазового дна
- Доброкачественные заболевания матки и яичников
- Гиперпластические процессы органов репродуктивной системы

5

ШКОЛА БУДУЩИХ РОДИТЕЛЕЙ



Источник: https://mosgorzdrav.ru/woman_health

Репродуктивное здоровье девочек и девушек

Девочка – будущая мама. От ее здоровья, здоровья ее репродуктивной системы зависит, сможет ли она, став взрослой, выносить ребенка, произвести на свет здоровое потомство. Какие заболевания половой сферы чаще всего возникают у несовершеннолетних, как организована их профилактика и лечение?



Караченцова Ирина Васильевна, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Департамента здравоохранения города Москвы, доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова Минздрава России, к. м. н.

— Ирина Васильевна, сколько специалистов насчитывает служба детских гинекологов Москвы?

— В амбулаторной службе работают 89 детских гинекологов, которые принимают на базе детских городских поликлиник. Плюс к этому детские гинекологи ведут прием в консультативно-диагностических отделениях на базе детских многопрофильных стационаров. У нас есть целое отделение в Морозовской больнице, которое специализируется на гинекологической помощи несовершеннолетним.

— С какого возраста и с какой периодичностью девочки должны проходить осмотры у гинеколога?

— Периодичность осмотра несовершеннолетних регламентируется приказом Минздрава России № 1130н от 20.10.2020 «Об

утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"». Раздел VIII этого документа посвящен несовершеннолетним. Также мы руководствуемся приказом Минздрава России № 514н от 10.08.2017 «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

В соответствии с этими документами девочка должна быть осмотрена врачом-гинекологом в 3 года (условно — перед детским садом), в 6 лет — перед школой, в 14 лет — для оценки вторичных половых признаков, далее — в 15 лет для оценки становления менструальной функции. После этого осмотры проводятся ежегодно до перехода в 18 лет во взрослую сеть. Речь идет о профилактических осмотрах, то есть даже при отсутствии жалоб девочка осматривается акушером-гинекологом. Если есть какие-либо жалобы, к врачу — детскому гинекологу можно обратиться в любом возрасте и в любое время, не дожидаясь каких-либо установленных сроков.

Даже у девочки первого месяца жизни могут возникнуть проблемы, связанные, например, с наступлением полового криза: нагрубание молочных желез, кровянистые выделения из половых путей. Иногда мамы сильно пугаются этого, даже вызывают скорую помощь. Половой криз – повод обратиться к детскому гинекологу. У девочек первого года жизни и вообще дошкольного возраста очень часто встречаются вульвагиниты, синехии (сращение малых или больших половых губ).

— Как проходят такие осмотры? Что входит в стандарт профилактического осмотра у детского гинеколога? Занимается ли детский гинеколог профилактикой гинекологических заболеваний у девочек?

— Порядок проведения профилактического осмотра опять же прописан в приказе № 1130н. Это осмотр и пальпация наружных половых органов, внешний осмотр девочки, оценка полового развития, консультация по гигиене, пальпация молочных желез.

ДАЖЕ У ДЕВОЧКИ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ, НАПРИМЕР, С НАСТУПЛЕНИЕМ ПОЛОВОГО КРИЗА

Если в программу профилактического осмотра взрослых женщин входит двуручное исследование (ректально-абдоминальное у не живущих половой жизнью или влагалищно-абдоминальное у живущих половой жизнью), то на осмотре девочек-подростков двуручные исследования не проводятся, только наружный осмотр половых органов, а также осмотр и пальпация молочных желез.

При выявлении на профосмотре минимальных отклонений от нормы мы направляем девочку на консультацию к гинекологу в поликлинику, где ей проводят более углубленное обследование. При наличии показаний для стационарного лечения девочка направляется обычно в Морозовскую больницу, где существует уникальное отделение круглосуточной помощи, работающее без праздников и выходных. В этом отделении оказывается как плановая, так и экстренная помощь – абсолютно весь объем хирургического и консервативного лечения по профилю «гинекология».

При наличии показаний девочку госпитализируют в профильное гинекологическое отделение детской больницы



Фото: мос.ру



Фото: мос.ру

▲
Деликатность, доброжелательность и чуткость – вот те черты, которые абсолютно необходимы детскому гинекологу

— В каком возрасте девочки должны начать получать информацию о своем репродуктивном здоровье?

— На адаптированном для ребенка языке девочка может получать эту информацию с первых лет жизни. Конечно, сначала от мамы, затем уже от медицинских работников, сотрудников детских учреждений. Очень важно, чтобы маленькая девочка получила информацию об интимной гигиене, потому что это основная профилактика воспалительных заболеваний половых органов, а также умела выстраивать личные границы, знала о безопасности и половой неприкосновенности.

Мы подготовили памятки на эту тему для мам: «20 причин, по которым следует обратиться к гинекологу», у нас проводятся беседы с девочками-подростками и их мамами на родительских собраниях в школах, медицинских учреждениях. Чем раньше девочка

овладеет навыками гигиены, тем лучше, тем меньше будет у нее проблем.

— Какие гинекологические заболевания чаще всего встречаются у девочек и у девушек? С чем они связаны и как влияют на репродуктивное здоровье?

— Для каждого возрастного периода характерны свои заболевания. В нейтральном периоде, то есть в возрасте девочки до 8 лет, на первое место выходят неспецифические вульвовагиниты, вызванные условно-патогенной флорой, попавшей чаще всего из прямой кишки. Также достаточно часто встречаются синехии, особенно у девочек до 3–5 лет, склероатрофический лихен вульвы (дерматоз в области половых органов, который вызывает атрофию кожи и слизистых), другие

ОЧЕНЬ ВАЖНО, ЧТОБЫ МАЛЕНЬКАЯ ДЕВОЧКА ПОЛУЧИЛА ИНФОРМАЦИЮ ОБ ИНТИМНОЙ ГИГИЕНЕ, ПОТОМУ ЧТО ЭТО ОСНОВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ



В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ НА ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ВЫХОДЯТ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА: КАК СКУДНЫЕ МЕНСТРУАЦИИ, ВПЛОТЬ ДО АМЕНОРЕЙ, ТАК И АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

заболевания встречаются реже. В препубертатном периоде также на первом месте воспалительные заболевания нижних отделов полового тракта.

В пубертатном периоде на первое место по обращаемости выходят нарушения менструального цикла как по типу редких скудных менструаций, вплоть до аменорей, так и, наоборот, аномальные маточные кровотечения. Также у девочек-подростков может быть выявлена задержка полового созревания. Такие грозные состояния, как пороки развития половых органов, опухоли яичника, как доброкачественные, так и злокачественные, нарушения полового развития могут быть выявлены в любом возрасте. На это нужно обращать пристальное внимание. Эти заболевания встречаются нечасто, но они очень серьезные, и их важно не пропустить.

— Какие нарушения полового развития встречаются у девочек?

— У девочек может наблюдаться как преждевременное половое развитие (появление вторичных половых признаков до 8 лет), так и, наоборот, задержка, или первичная аменорея, то есть отсутствие менструаций в 15 лет при условии развития вторичных половых признаков или через 3 года после увеличения молочных желез. Считается отклонением от нормы отсутствие развития вторичных половых признаков и менструаций к 13 годам.

Также у девочек встречается вторичная аменорея — отсутствие менструаций в течение 6 месяцев при ранее нерегулярном менструальном цикле или отсутствие менструаций в течение 3 месяцев при ранее регулярном менструальном цикле. Кроме того, могут наблюдаться аномальные маточные кровотечения, которые длятся более 8 дней или сопровождаются обильной кровопотерей (более 80 мл), слишком частые или редкие, нерегулярные менструации (цикл

менее 24 или более 38 дней, продолжительность менструации более 9 дней).

Для каждого из этих заболеваний есть специальный алгоритм обследования. Мы выявляем эти причины и назначаем лечение. На установку менструального цикла в среднем дается полтора года. То есть первые полтора года у девочки цикл может быть нерегулярным, но если уже через полтора года он не установился, тогда приходится подключаться гинекологам.

— А как решается проблема с болезненными менструациями у девочек-подростков?

— Это явление называется дисменореей. Она может быть вызвана пороками развития половых органов, аномалиями расположения матки, также болезненные менструации могут быть проявлением эндометриоза. Иногда мы можем устранить причину болезненных менструаций в зависимости от фактора, вызывающего боль. Однако бывает дисменорея с невыясненными причинами, тогда мы проводим симптоматическое лечение — назначаем обезболивающие препараты. В назначении лечения гинекологи сейчас руководствуются обновленными в 2024 году клиническими рекомендациями по лечению дисменореи у взрослых и детей. Также обновлены клинические рекомендации по другим гинекологическим заболеваниям.

— Как служба детских гинекологов связана со взрослой сетью? Осуществляется ли преемственность при переходе девушки во взрослую амбулаторную сеть?

— В Москве очень хорошо поставлена передача пациентов из детской во взрослую >>>

службу благодаря Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС), где зафиксированы все результаты профилактических осмотров наших пациенток и обращений к гинекологу, а также выписные эпикризы из стационара. Если у девочки были госпитализации в больницы подчинения Департаменту здравоохранения города Москвы, то все выписки автоматически попадают в ЕМИАС, они будут доступны гинекологу взрослой сети в электронной медицинской карте пациентки. Врач сможет посмотреть, по поводу какого заболевания девочка находилась на стационарном лечении, а если ей проводилось хирургическое лечение, то сможет ознакомиться с протоколом операции.

В случае, если девочка проходила лечение в федеральном учреждении, например в Российской детской клинической больнице или в Кулаковском центре, тогда или она, или ее мама приносят доктору выписку на бумажном носителе и в кабинете оцифровки документы сканируются и подгружаются в электронную карту пациентки.

— На какие важные моменты, касающиеся здоровья девочек, будущих женщин, мам, вы считаете важным обратить внимание?

— Я бы хотела обратить внимание на важность вакцинации от вируса папилломы человека (ВПЧ). В Москве девочки могут привиться в школах и детских городских поликлиниках от наиболее распространенных типов вируса папилломы человека. Мы знаем, что вирус папилломы человека может привести к развитию многих онкологических заболеваний, в том числе к раку шейки матки. Москва с 2009 года закупает вакцину против ВПЧ и прививает ею абсолютно бесплатно девочек-подростков 12–13 лет в рамках регионального календаря вакцинации.

— Что бы вы как врач хотели посоветовать мамам и дочкам?

— Очень важно вовремя проходить все профилактические осмотры и при появлении жалоб со стороны половой сферы сразу же обращаться к профильному специалисту или к педиатру, который является главным врачом для ребенка, к нему можно обращаться по всем вопросам. В случае необходимости он уже может дать направление к гинекологу.

Также хочу обратить внимание мам девочек 12–13 лет на необходимость сделать прививку от ВПЧ. Вакцина эта дорогая, и не в каждом регионе можно сделать прививку бесплатно, как в Москве, где она закупается в рамках региональной программы вакцинации. Надо пользоваться этой возможностью!

Познакомить девочку с гинекологом в детстве тоже очень важно, чтобы в будущем она регулярно посещала этого врача и не оказалась бы в такой ситуации, когда врач, обнаружив запущенное заболевание, только и может что развести руками и спросить: «Где же вы раньше были?». Еще девочке очень важно найти своего гинеколога — доброжелательного и чуткого специалиста, который с улыбкой встретит ребенка. Кстати, московские специалисты именно такие, и я абсолютно не преувеличиваю. В обычных детских городских поликлиниках работают только такие врачи. Чтобы не отпугивать девочек, на профилактическом осмотре мы никогда не проводим двуручные обследования. Это не нужно. Некоторые вещи можно посмотреть с помощью ультразвукового исследования. Ультразвук эффективен в диагностике большинства таких грозных гинекологических заболеваний, как опухоли яичников, пороки развития, и других аномалий. На сегодняшний день это золотой стандарт в гинекологии несовершеннолетних.

НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ЭТО ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ В ГИНЕКОЛОГИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ



ЕСЛИ ДЕВОЧКУ ПРАВИЛЬНО ПОДГОТОВИТЬ, ТОГДА У НЕЕ СФОРМИРУЕТСЯ ПОЗИТИВНЫЙ НАСТРОЙ НА СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, НА ЗДОРОВОЕ МАТЕРИНСТВО. ЭТО КРАЙНЕ ВАЖНО

У нас очень деликатная специальность. Иногда мамы спрашивают, зачем девочке гинеколог. Важно объяснить им, что следить за развитием репродуктивной сферы важно с детства, когда только формируется половая система, для своевременного выявления и лечения заболеваний. Важно подготовить девочку к первому визиту к этому врачу, чтобы она не боялась его. Желательно, чтобы и мама, и участковый педиатр объяснили

ей, что когда-нибудь она станет мамой и половые органы ей очень пригодятся. Их нужно беречь с детства, заботиться о них и иногда показывать специальному доктору, который занимается здоровьем этих органов.

Если девочку правильно подготовить, тогда у нее сформируется позитивный настрой на сохранение репродуктивного здоровья, на здоровое материнство. Это крайне важно. **М**



Памятка

20 причин, по которым следует обратиться к детскому гинекологу:

1. Окрашенные выделения из половых путей (в любом возрасте)
2. Диагностированные инфекции половых путей у матери ребёнка первого года жизни
3. Жалобы на боли в животе и в области поясницы (в любом возрасте)
4. Зуд, жжение и дискомфорт в области половых органов (в любом возрасте)
5. Зуд и жжение, а также затруднение при мочеиспускании (в любом возрасте)
6. Изменения формы и размера живота (в любом возрасте); увеличение размеров живота
7. Отсутствие менструации к 15 годам или отсутствие увеличения молочных желёз к 13 годам
8. Болезненные, обильные и продолжительные (более 7–8 дней) менструации; нарушение общего состояния в дни менструации
9. Подозрение на аномалии строения наружных половых органов (в первый месяц жизни или период раннего детства): какие-то выбухания, полиповидные выросты и т. д.
10. Любые изменения на коже и слизистых половых органов
11. Изменения в анализах мочи: лейкоцитурия, бактериурия и т. д.
12. Нерегулярные менструации через полтора года после менархе; редкие, скудные менструации
13. Избыточный/недостаточный вес
14. Усиленный рост волос на лице и теле, появление растяжек на коже, угревая сыпь на лице и теле
15. Асимметрия развития молочных желёз, увеличение подмышечных лимфоузлов или нахождение каких-либо объёмных образований в области молочной железы или под мышкой
16. Увеличение и болезненность лимфатических узлов паховой области
17. Синехии (спайки) малых половых губ (обратите на это внимание!)
18. Нагрубание молочных желёз у девочки до 7–8 лет (бывает и у новорожденных)
19. Появление лобкового или подмышечного оволосения до 7–8 лет
20. Резкое снижение массы тела, даже если она была излишней

При наличии любого из перечисленных проявлений обратитесь к детскому гинекологу

В 3, 6, 14, 15 лет и далее ежегодно девочке нужно показаться на профилактический осмотр, даже если нет жалоб.

Забота о репродуктивном здоровье мальчиков

Сегодня мужское бесплодие – не такая редкая проблема, поэтому предупреждению заболеваний мочеполовой сферы детские урологи-андрологи уделяют большое внимание. Забота о репродуктивном здоровье мужчин начинается задолго до того, как они станут взрослыми – с самого их рождения.



Сергей Гранитович Врублевский, главный внештатный детский специалист уролог-андролог Департамента здравоохранения города Москвы, заместитель главного врача по хирургической помощи Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого, д. м. н., профессор.

— Сергей Гранитович, в каком возрасте закладывается репродуктивное здоровье будущего мужчины и от чего оно зависит?

— Репродуктивное здоровье мужчины закладывается задолго до рождения ребенка. И влияние на него оказывают не только родители, но и дедушки, бабушки, более дальние поколения его прямых родственников, которые передают генетическую информацию. Именно от нее зависят анатомические особенности строения и те или иные пороки развития. Огромное влияние конечно же оказывает образ жизни, причем абсолютно на все. Он влияет на общую продолжительность жизни, социальное и репродуктивное здоровье в том числе. Если мужчина ведет малоподвижный образ жизни, у него меняется кровообращение. Это сказывается на общем тоне организма, на потенциальных возможностях сердечно-сосудистой системы, на мужском потенциале.

Ведь в организме все взаимосвязано. Ну и конечно же на репродуктивное здоровье оказывают влияние вредные привычки – курение, алкоголь.

Традиционно принято в первую очередь заниматься репродуктивным здоровьем женщин. Мужчины, мальчики часто оказываются в тени нашего внимания. На самом деле состояние их репродуктивной системы тоже важно.

Сегодня многие молодые люди стремятся сначала заняться карьерой, а вступление в брак, рождение детей откладывают на потом, и в этом они идут против законов природы, которой предусмотрено своевременное деторождение. Дальше уже возраст, прожитые годы, факторы окружающей среды вносят свои изменения, что сказывается на генетическом материале, на качестве сперматозоидов. В этой связи мне очень понравилась мысль, которую на одной из конференций высказал директор Кулаковского центра Геннадий Тихонович Сухих: «Мы представляем интерес для природы только до 30 лет. Причем не только женщины, но и мужчины».



Конечно, сейчас применяются различные репродуктивные технологии: методы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ). Это дает возможность людям относительно немолодым или с какими-либо физическими ограничениями, эндокринными нарушениями стать родителями.

— Какие проблемы со здоровьем могут сказаться на репродуктивном здоровье мальчика?

— Недоношенность. Многое зависит от срока беременности, на котором новорожденный появился на свет, и от его массы тела. >>> ▼

Детским урологам-андрологам нередко приходится исправлять врожденные пороки и аномалии развития мальчиков, затрагивающие сразу две системы: мочевую и половую



Фото: НПЦ СМПД имени В. Ф. Войно-Ясенецкого



Источник: Московская медицина

ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ ОПЕРАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ СДЕЛАНА МАЛЬЧИКУ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 1,5–2 ЛЕТ — ЭТО ОЧЕНЬ ВАЖНО, ОСОБЕННО ЕСЛИ ЭТО ДВУХСТОРОННЯЯ ПАТОЛОГИЯ

У мальчиков, которые рождаются с весом до полутора килограммов, сразу на 30% повышается вероятность, того, что яички не успеют опуститься в мошонку. А значит, температурный режим, в котором они будут находиться, окажется неблагоприятным для дальнейшего созревания тех самых клеток, которые ответственны за производство сперматозоидов.

— Как часто встречается это заболевание?

— У доношенных мальчиков крипторхизм встречается в 2,5–4 % случаев. В когорте недоношенных этот процент выше. За год в Москве мы выполняем около тысячи операций по коррекции крипторхизма у детей. Такую операцию надо провести своевременно, чтобы избежать осложнений. Для этого родители должны знать признаки крипторхизма, осматривать сына во время купания, знать, куда обращаться,

если обнаружили, что яичко у ребенка не спустилось в мошонку. Мы, врачи, стараемся донести до них эту информацию через стенды в детских поликлиниках, через прессу, на приеме. При крипторхизме операция должна быть сделана мальчику от 6 месяцев до 1,5–2 лет — это очень важно, особенно если это двухсторонняя патология. Крипторхизм может сочетаться с другими нарушениями и пороками развития. И тогда нам приходится проводить комплексную операцию, занимаясь еще и коррекцией анатомических нарушений, попутно решая косметические проблемы.

С недоношенностью могут быть связаны нарушения развития наружных половых органов. У данной группы детей часто наблюдается исключительно низкий уровень тестостерона — гормона, который еще в утробе матери начинает вырабатывать яички плода. Проблемы могут быть связаны и с отсутствием рецепторов, чувствительных к тестостерону, что также ассоциируется с недоношенностью.

Задача врачей – вовремя провести операцию, чтобы скорректировать изъян, пока ребенок еще не посещает детский коллектив.

— Какие патологии репродуктивной системы чаще всего встречаются у мальчиков?

– Самое частое, с чем приходится сталкиваться детским урологам-андрологам, – это, конечно, фимоз. Когда мы работали над клиническими рекомендациями по лечению этого заболевания, многое пришлось пересмотреть, потому что изменились подходы. Например, удлиненная крайняя плоть, которую раньше принято было считать патологией, сейчас признается временным изменением физиологического характера. Но эластичность наружного отверстия крайней плоти меняется с возрастом на фоне гормональных изменений. По мере роста ребенка и при правильном уходе все заканчивается благополучно. Природа все сделала правильно, все предусмотрела: для смазывания головки, которая находится как бы в защитном чехле, особыми железами выделяется специальный секрет. А попытка вывести насильно, раньше времени, головку из крайней плоти может привести к образованию трещин, рубцов. Из-за спаек может нарушиться микроциркуляция, произойти рубцевание. Возникают воспалительные процессы, они приводят к вторичным изменениям. Обыватели не должны необоснованно вмешиваться в эти процессы. Это может сделать только врач-специалист, детский уролог-андролог, и только при наличии медицинских показаний.

— Как вы относитесь к обрезанию?

– Для этой процедуры, на мой взгляд, должны быть определенные медицинские показания, такие как заболевания крайней плоти или аномалии формирования. К сожалению, такое тоже бывает. Если же говорить

У НЕДОНОШЕННЫХ МАЛЬЧИКОВ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА – ГОРМОНА, КОТОРЫЙ ЕЩЕ В УТРОБЕ МАТЕРИ НАЧИНАЕТ ВЫРАБАТЫВАТЬ ЯИЧКИ ПЛОДА

про ритуальное обрезание, то эта традиция была заложена в странах с очень жарким и влажным климатом, и обрезание оправдано там с гигиенической точки зрения. В нашей полосе вряд ли оно необходимо всем тотально. Впрочем, ежедневная гигиена обязательно требуется мужчине. Природа просто так ничего не создает. Это касается и крайней плоти. Она защищает головку полового члена от травм и любых других неблагоприятных воздействий, сохраняет чувствительность ее рецепторов.

— Каковы признаки отклонений от нормы полового созревания? Могут ли родители самостоятельно заметить какие-либо изменения в развитии половой системы ребенка?

– Конечно, если родители внимательно относятся к ребенку, они могут сами заметить эти изменения. Это проще всего сделать во время купания ребенка: обратить внимание, как выглядит мошонка, прощупать ее, чтобы проверить, на месте ли яички, нет ли покраснения или отека, посмотреть, как выглядит крайняя плоть, нет ли гнойных выделений. Для этого не требуется особых навыков. И конечно же надо очень внимательно относиться к жалобам ребенка на боль в паховой области.

— Как часто и в каком возрасте должны проводиться осмотры мальчиков урологами-андрологами?





Фото: НПЦ СМПД имени В. Ф. Войно-Ясенецкого

▲ Во время операции урологи-андрологи часто не только решают медицинские задачи, но и проводят косметическую коррекцию

— Первое обследование ребенка происходит еще в роддоме. А дальше — существуют регламентированные сроки, в которые врачи обязаны осмотреть ребенка. Так, детский хирург впервые обследует мальчика в месяц. На этом этапе он как раз и обнаруживает патологию, если она присутствует. В Москве многие детские хирурги имеют аккредитацию по детской урологии-андрологии, что нас очень сильно выручает, особенно при проведении профилактических осмотров, которые мальчики должны проходить в 3 года, 6, 14 лет, а после этого возраста до перехода во взрослую сеть — каждый год. Детская урология-андрология как специальность является составной частью детской

хирургии. Вообще же эта специальность во многих регионах дефицитная. Согласно приказу Минздрава России от 31 октября 2012 г. № 561н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская урология-андрология"», на 20 тысяч детского населения должен быть один детский уролог-андролог. В столице у нас около 100 ставок детских урологов-андрологов, и ситуация с врачами благополучная, в том числе за счет того, что наши хирурги имеют двойную специализацию.

— О чем может свидетельствовать боль в паху?

В МОСКВЕ МНОГИЕ ДЕТСКИЕ ХИРУРГИ ИМЕЮТ АККРЕДИТАЦИЮ ПО ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ-АНДРОЛОГИИ, ЧТО НАС ОЧЕНЬ СИЛЬНО ВЫРУЧАЕТ

ОЧЕНЬ ОПАСНЫМ БЫВАЕТ СПОНТАННЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА. ВЫЗВАННОЕ ИМ НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОРГАНЕ МОЖЕТ НАНЕСТИ НЕПОПРАВИМЫЙ УЩЕРБ РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ МАЛЬЧИКА

— Она может указывать на urgentную ситуацию, требующую экстренного хирургического вмешательства. Я сейчас не говорю о травмах, они, естественно, требуют незамедлительного обращения к врачу, а о такой острой патологии, как синдром отечной мошонки, когда отек возникает внезапно на фоне полного здоровья мальчика. Помимо отека, это может быть боль, краснота. Это состояние замечают либо родители, либо ребенок сам жалуется — все зависит от возраста. Конечно, эта ситуация вызывает безумное волнение у родителей. Они обращаются либо к специалистам скорой или неотложной медицинской помощи, либо самотеком приезжают в лечебное учреждение. В ходе обследования ребенка при таких симптомах врачи чаще всего обнаруживают некроз гидатиды Морганьи. Это такая подвеска в верхней части яичка, которая крепится к головке придатка. В силу того, что это рудимент, гидатида очень слабо снабжается кровью. И когда кровоснабжение полностью серьезно нарушается, возникает асептическое воспаление. Все это трансформируется в яркую клиническую картину. За год мы выполняем в Москве около двух тысяч операций по лечению этой патологии. Это очень много. У взрослых такие ситуации бывают в исключительных случаях.

Также очень опасным бывает спонтанный перекрут яичка. Вызванное им нарушение кровообращения в органе может нанести непоправимый ущерб репродуктивному здоровью мальчика. Хорошо, что это случается нечасто. Например, за весь 2024 год в детских стационарах Москвы было выполнено всего около 200 операций по поводу перекрута яичка. Если ребенок поступил позднее чем через шесть часов, помочь ему нередко бывает сложно: наступает некроз тканей яичка. Раньше такое нарушение приводило к необратимым изменениям у каждого пятого

пациента. Сейчас такое случается в два раза реже благодаря тому, что у нас прекрасно работает трехуровневая система медицинской помощи, все медучреждения уже знают, что перекрут яичка — это экстренная ситуация. Скорая маршрутизирует пациента с таким диагнозом только в те стационары, где ему могут незамедлительно и квалифицированно оказать помощь. Иногда врачам в стационаре удается ликвидировать перекрут без всякого разреза — мануально под контролем ультразвуковой аппаратуры раскрутив яичко в нужную сторону, тем самым восстановив кровообращение.

— Почему важно говорить с мальчиками о репродуктивном здоровье и кто должен вести эти разговоры: врач или родители?

— Это, наверное, самый сложный вопрос. Конечно же такие разговоры должны вести прежде всего родители, ведь они всегда рядом с ребенком. На консультативные приемы к нам часто приходят мальчики с мамами. И если мальчики дошкольного, младшего школьного возраста не стесняются мамы, то подростки отказываются раздеваться в ее присутствии, ждут, пока она отвернется или выйдет из кабинета врача. Для них интимные проблемы — табуированная тема. Они замыкаются в себе и до последнего не решаются сказать, что у них что-то болит. Важно предупредить мальчика, что воспаление половых органов, боль в паху — повод срочно обратиться к врачу. Нельзя терять драгоценное время. А еще — самое главное — в семье между детьми и родителями важно сохранять доверительные отношения, тогда любые проблемы решать будет намного легче. 

Диспансеризация мужчин и женщин для оценки репродуктивного здоровья

В Москве относительно недавно появился новый вид диспансеризации в рамках ОМС. Она направлена на оценку репродуктивного здоровья как женщин, так и мужчин. Какие задачи ставятся перед ней, какие обследования входят в ее программу и куда в дальнейшем направляются пациенты при выявлении каких-либо патологий?



Ксения Яворовская, заведующая филиалом № 3 «Центр вспомогательных репродуктивных технологий» Городской клинической больницы № 31 имени академика Г. М. Савельевой, д. м. н., профессор .



Фото: НИИОЗММ



Фото: мос.ру

— Ксения Александровна, какова цель недавно введенной программы диспансеризации?

— Главная цель этой диспансеризации заключается в выявлении состояний и заболеваний, которые могут препятствовать зачатию ребенка, а также негативно влиять на течение беременности, роды и послеродовой период. Сегодня врачи во многих случаях способны помочь бездетным парам стать счастливыми родителями, помочь женщине выносить и родить здорового ребенка. Диспансеризация по оценке репродуктивного здоровья — это федеральный проект, в рамках которого обследование проводится всем мужчинам и женщинам в возрасте 18–49 лет, за исключением беременных.

— Какие диагностические процедуры входят в диспансеризацию женщин для оценки репродуктивного здоровья?

▲ Записаться на диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья можно через приложение ЕМИАС или через информат

◀ В новом Центре женского здоровья в Борисоглебском переулке

— В рамках обследования проводятся гинекологический осмотр и пальпация молочных желез и региональных подмышечных лимфоузлов, берутся мазок на флору, мазок из шейки матки для проведения онкоцитологического исследования, а в возрасте 18–29 лет — также мазок на инфекции, передаваемые половым путем.

Кроме того, в Москве реализуется уникальный проект «Стану мамой», в рамках которого также проводятся мероприятия по оценке репродуктивного здоровья москвичек. У женщин с этой целью проводится исследование на уровень содержания в крови антимюллера гормона (АМГ). Он достоверно указывает на заложенный природой запас яйцеклеток, имеющихся в яичниках.

Бывают случаи, когда даже у молодых женщин уровень антимюллера гормона достаточно низкий. Это связано с преждевременным истощением яичников. Понятно, что чем раньше эта женщина займется реализацией репродуктивной функции, тем выше ее шансы стать мамой.

Если анализ выявляет у женщины сниженный запас яйцеклеток, то по программе, которая сейчас реализуется в Москве для женщин, имеющих полис ОМС в нашем >>>

ВСЕМ ЖЕНЩИНАМ НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ СДАВАТЬ АНАЛИЗ НА УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, А ПРИ ОТКЛОНЕНИЯХ, ДАЖЕ НЕБОЛЬШИХ, ПРОХОДИТЬ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОНСУЛЬТАЦИЮ ЭНДОКРИНОЛОГА

Женщинам после 40 лет необходимо раз в два года проводить обследование молочных желез. Сегодня его выполняют на цифровом маммографе



городе, она может обратиться в свою женскую консультацию для углубленного обследования и получения направления на стимуляцию и криоконсервацию ее яйцеклеток. Воспользоваться этой возможностью будет очень предусмотрительно, даже если у нее нет партнера и в ближайшее время рождение ребенка не входит в ее планы, потому что через 3–5 лет у нее может вообще не быть яйцеклеток, способных к оплодотворению. Однако есть определенные ограничения для этой программы, о которых могут подробно рассказать в женской консультации.

Уровень АМГ – основной прогностический критерий оценки репродуктивной функции, поэтому анализ на его определение очень информативен.

Кроме того, в рамках диспансеризации женщине может проводиться ультразвуковое исследование органов малого таза: матки и яичников с целью исключения каких-то новообразований – кист, миоматозных узлов, эндометриoidных образований, которые могут клинически никак себя не проявлять, но быть помехой к естественному зачатию. Также в рамках диспансеризации по оценке



Фото: мос.ру

репродуктивного здоровья при наличии показаний женщинам могут провести УЗИ молочных желез, а пациенткам в возрасте 30–49 лет – также взять мазки на инфекции, передаваемые половым путем, и на вирус папилломы человека.

— Какие диагностические процедуры назначаются мужчинам в ходе диспансеризации с целью оценки репродуктивного здоровья?

– Самое важное для мужчин – регулярный осмотр у уролога в поликлинике по месту жительства для выявления отклонений в развитии половой системы, таких как варикоцеле (варикозное расширение вен семенного канатика, которое несет кровь от яичка) и др. Если уролог находит какие-либо отклонения, он рекомендует обязательно делать ультразвуковые исследования мошонки и предстательной железы.

Мужчинам также могут назначить проведение спермограммы или исследование мазков на инфекции, передаваемые половым путем.

— Какие действия предпринимаются врачами при обнаружении каких-либо патологий у женщин и у мужчин?

– Если у пациентки при обследовании выявлены кисты яичников или миоматозные узлы, вопрос об их удалении решается в зависимости от их размеров, локализации и других факторов. При необходимости операции женская консультация направляет пациентку в тот стационар, к которому она прикреплена. Сегодня удаление миоматозных узлов, полипов или кист яичников проводится очень

щадящими методами, такими как лапароскопия или гистероскопия.

Если у пациентки найдены типы вируса папилломы человека, имеющие онкогенную опасность, на этот случай есть специальные алгоритмы лечения. Проводится биопсия слизистой шейки матки, в ходе которой берется на гистологическое исследование небольшой кусочек тканей. При обнаружении опасных изменений в тканях шейки матки пациентке проводят дополнительное исследование. В Центре женского здоровья нашей больницы есть специальный кабинет лечения шейки матки, где пациентке сразу же делается расширенная кольпоскопия, то есть более глубокое визуальное обследование шейки матки с использованием специального оптического аппарата с многократным увеличением, кольпоскопа, а также окрашивание тканей с помощью специального раствора, которое дает возможность определить участок поражения. При высоком риске онкологического заболевания проводится конизация, хирургическое иссечение ткани с конусообразной части шейки матки. Эта процедура позволяет остановить патологический процесс, снижая риск распространения рака шейки матки.

При обнаружении в ходе УЗИ таких изменений в молочных железах, которые могут оказаться злокачественными, пациентку направляют к врачу-маммологу (это онколог-специалист по патологии молочных желез), который проводит необходимое дообследование и при подтверждении злокачественности новообразования назначает лечение. Если же УЗИ выявит доброкачественные изменения молочных желез, пациентку будет наблюдать врач – акушер-гинеколог. В зависимости от стадии, типа клеток и ряда других факторов назначается хирургическая операция, химиотерапия или лучевая терапия. В Москве отработана четкая маршрутизация пациентов с выявленными онкологическими заболеваниями и с подозрением на них. >>>

САМОЕ ВАЖНОЕ ДЛЯ МУЖЧИН — РЕГУЛЯРНЫЙ ОСМОТР У УРОЛОГА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ, ТАКИХ КАК ВАРИКОЦЕЛЕ



Фото: мос.ру

▲ План диспансеризации мужчин для оценки репродуктивного здоровья четко прописан Департаментом здравоохранения города Москвы, как и дальнейшая маршрутизация пациентов в случае каких-либо отклонений

— Какие действия предпринимаются врачами при обнаружении каких-либо патологий у мужчин?

— Если у мужчины во время диспансеризации выявляются те или иные отклонения от нормы в репродуктивном здоровье, его направляют на более углубленное обследование и лечение у уролога или хирурга. Министерство здравоохранения РФ подробно прописало, как должна проходить диспансеризация мужчин для оценки репродуктивного здоровья, а также выстроило алгоритм углубленного обследования в случае подозрения на какие-либо заболевания.

Например, если уролог в поликлинике обнаруживает какие-либо изменения в яичках, которые требуют хирургического лечения, то пациента направляют к хирургу в стационар, где проводится то или иное лечение.

Если в спермограмме у мужчины, который планирует заводить детей в ближайшее время, обнаружены снижение подвижности сперматозоидов, недостаточное число

сперматозоидов в эякуляте или мало морфологически нормальных форм сперматозоидов, его направляют в отделение вспомогательных репродуктивных технологий, где его принимает уролог-андролог и репродуктолог. Ему расписывают определенное лечение, по завершении которого проводится контрольное исследование. Если лечение не принесло нужного результата, паре предлагается провести метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Мужской фактор — одно из показаний для выдачи направления на бюджетную программу ЭКО, то есть эта процедура оплачивается из фонда обязательного медицинского страхования даже при абсолютном репродуктивном здоровье его супруги. В рамках этой программы производится интрацитоплазматическая инъекция сперматозоидов (ИКСИ): эмбриолог отбирает в эякуляте лучший сперматозоид и с помощью специального оборудования вводит его в цитоплазму яйцеклетки. Образующийся после культивации эмбрион врач переносит в полость матки для наступления беременности.



— **Диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья введена относительно недавно. Откуда пациенты узнают о возможности пройти ее?**

— Информация активно распространяется в СМИ. О том, что можно бесплатно пройти обследование и сдать анализ на уровень АМГ, женщины узнают от врачей-гинекологов, а также на сайтах медицинских организаций. За результатом анализа пациентке даже не надо повторно приходить. Ей позвонит администратор и сообщит, все ли у нее благополучно, а в случае каких-то отклонений пригласит на прием к акушеру-гинекологу. До мужчин информацию об этой программе также доносят и в ходе классической диспансеризации, и просто на приеме у участкового врача-терапевта или уролога.

— **Где проводится процедура забора яйцеклеток и в случае необходимости — их консервация?**

— В Москве четко прописаны порядки забора и криоконсервации яйцеклеток. Для этого определены три медицинские организации: Федеральный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В. И. Кулакова, клиника «Мать и Дитя» и городская клиническая больница имени С. С. Юдина, где проводят за счет бюджета стимуляцию овуляции и забор яйцеклеток, а также их криоконсервацию при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. С пациенткой заключается договор, согласно которому первые два года биоматериал хранится бесплатно,

затем за хранение взимается плата, но сумма небольшая, вполне подъемная.

— **Можете ли вы рассказать о каких-то неординарных случаях из вашей практики, связанных с обследованием в рамках оценки репродуктивного здоровья женщин?**

— За 40 лет практики у меня таких было немало, но запомнились два случая, когда в ходе обследования пациенток, обратившихся по поводу лечения бесплодия, был выявлен рак щитовидной железы. Обследование этого органа обязательно входит в алгоритм подготовки к беременности. Достаточно случайно были выявлены узелки в щитовидной железе. К счастью, вовремя. Пациенток прооперировали, им был проведен курс лечения, после которого они уже получили возможность рождения детей.

У двух или трех пациенток в ходе обследования по поводу бесплодия мы тоже достаточно случайно выявили опухоль гипофиза: анализ показал у них очень высокий уровень гормона пролактина, после этого женщины были направлены на магнитно-резонансную томографию, выявившую у них макроаденому гипофиза. Пациентки были направлены на нейрохирургическое лечение.

Не раз в ходе обследования при подготовке к беременности нам приходилось обнаруживать злокачественные опухоли молочной железы, а также предраковые изменения шейки матки — дисплазию эпителия. К счастью, все находки были сделаны вовремя, на ранних стадиях. Все это говорит о том, что диспансеризация, как общая, так и специальная, для оценки репродуктивного потенциала несет большую пользу нашим пациентам и пренебрегать ею не в их интересах. **M**

О ТОМ, ЧТО МОЖНО БЕСПЛАТНО ПРОЙТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ И СДАТЬ АНАЛИЗ НА УРОВЕНЬ АМГ, ЖЕНЩИНЫ УЗНАЮТ ОТ ВРАЧЕЙ-ГИНЕКОЛОГОВ, А ТАКЖЕ НА САЙТАХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Женское здоровье: профессиональный подход к подготовке кадров

Создание эффективной системы, направленной на сохранение женского здоровья, – одна из важнейших задач столичного здравоохранения. Ключевое значение здесь имеет уровень профессиональной подготовки медицинского персонала. Какие возможности повышения квалификации есть у специалистов женских консультаций, гинекологических отделений стационаров и роддомов?



Анастасия Камашева, руководитель
Кадрового центра Департамента
здравоохранения города Москвы

— Анастасия Васильевна, в Москве активно внедряется новая модель организации медицинской помощи женщинам на всех этапах — начиная от первого обращения в женскую консультацию, ведения беременности и заканчивая дальнейшим наблюдением и диагностическими обследованиями. Одним из шагов в этом направлении стало создание центров женского здоровья в составе ряда городских стационаров. Существуют ли какие-либо программы обучения для сотрудников этих центров?

— В Кадровом центре вопрос о повышении квалификации специалистов, работающих в сфере женского здоровья, решается

комплексно и более масштабно. Ведь в данном случае речь идет о целом ряде направлений медицины, затрагивающих также и систему родовспоможения, и раннюю диагностику различных заболеваний у женщин, в том числе онкологических. Ни одно из них нельзя отнести к второстепенным. Поэтому разработка и внедрение различных программ дополнительного профессионального образования для специалистов поликлиник, стационаров и роддомов ведется в постоянном режиме.

В силу специфики своей работы специалисты центров женского здоровья оказывают амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, так же как в женских консультациях. Поэтому для них обучение проводится в рамках тех же программ, что и для их коллег из других медицинских организаций амбулаторного звена.

— О каких программах идет речь?

— Прежде всего стоит выделить программы, направленные на поддержку грудного вскармливания, которые реализуются в Кадровом центре уже на протяжении трех лет. Они предназначены для врачей и для специалистов со средним медицинским



образованием. В том числе обучение проходят врачи – акушеры-гинекологи и медсестры, работающие в женских консультациях и центрах женского здоровья.

Указанные программы нацелены не только на то, чтобы повысить уровень знаний медработников в этой области, но и научить их эффективно продвигать идеи о важности грудного вскармливания среди пациенток. В рамках обучения рассматриваются методы профилактики нарушений лактации и заболеваний молочных желез, особенности диеты кормящих матерей, их обучение принципам правильного кормления и сцеживания и ряд других вопросов.

При этом одновременное обучение разных категорий специалистов позволяет

отработать навыки командного взаимодействия между врачами и сестринским персоналом.

Этот уникальный образовательный проект является частью реализации решений Министерства здравоохранения РФ в соответствии с международной программой ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания».

Стоит отметить, что это направление обучения является безусловным лидером по числу слушателей. В общей сложности его участниками стали более 7 тысяч специалистов. Это не только сотрудники женских консультаций и центров женского здоровья, но и педиатры, неонатологи, гастроэнтерологи и аллергологи-иммунологи.

Повышение квалификации специалистов, работающих в сфере женского здоровья, затрагивает целый ряд направлений медицины



Фото: Кадровый центр ДЗМ

Также в Кадровом центре реализуются программы «Кардиотокография в оценке состояния плода» и «Ведение беременности».

Первая предназначена для врачей и для среднего медперсонала. Актуальность повышения квалификации именно по этому направлению связана с тем, что кардиотокография является одним из самых эффективных видов диагностики состояния плода как на поздних сроках беременности, так и во время родов. Однако очень многое зависит от умения не только правильно провести само исследование, но и интерпретировать его результаты. Это требует серьезных практических навыков. Именно поэтому при разработке этой программы основной акцент был сделан на рассмотрение конкретных клинических ситуаций, в том числе нестандартных.

Специалисты совершенствуют навыки оказания помощи пациентам как по своему профилю, так и по смежным специальностям, что способствует лучшему взаимодействию при работе в команде



Основными участниками программы «Ведение беременности» стали врачи – акушеры-гинекологи женских консультаций. Программа ориентирована в первую очередь на совершенствование практических навыков. В частности, на выявление различных патологий и назначение лечения в соответствии с новейшими клиническими рекомендациями. В общей сложности свои навыки уже улучшили более 1200 специалистов.

— В чем особенность этой программы, учитывая, что ведение беременности и так относится к одной из основных компетенций акушеров-гинекологов в женских консультациях?



Фото: Кадровый центр ДЗМ



В ПРАКТИЧЕСКУЮ ЧАСТЬ ПРОГРАММЫ ВКЛЮЧЕНЫ ПОДРАЗДЕЛЫ «ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА» И «МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПЛОДА», ЦЕЛЮ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕ И ПРОРАБОТКА ОСНОВНЫХ МОМЕНТОВ РАБОТЫ ВРАЧА

— Особенность программы заключается в детальном рассмотрении специфики ведения пациентки врачом женской консультации на каждом этапе по мере увеличения срока беременности, как при ее физиологическом течении, так и у пациенток групп риска. Разделы программы составлены соответственно триместрам беременности, дополнены наглядными клиническими примерами и ситуационными задачами, материалами по тактике ведения и порядку маршрутизации пациенток групп риска.

Кроме того, в практическую часть программы включены подразделы, посвященные вопросам пренатальной диагностики и томографии плода, целью которых является выделение и проработка основных моментов работы врача — акушера-гинеколога. На практических занятиях разбираются особенности назначения лекарственных препаратов и алгоритм действий врача при возникновении экстремальных ситуаций на приеме.

Также особенностью программы является то, что подраздел «Пренатальная диагностика» дается в практической части программы отдельным блоком и занятия проводятся врачом-генетиком. Разбор актуальных клинических примеров и решение ситуационных задач позволяет проработать ключевые моменты, связанные с пренатальной диагностикой в работе врача — акушера-гинеколога амбулаторного звена, и улучшить качество его взаимодействия с врачом-генетиком.

— Какие новые направления повышения квалификации станут доступны в ближайшем будущем?

— Новая программа дополнительного профессионального образования для врачей — акушеров-гинекологов, работающих

в женских консультациях и центрах женского здоровья, стартовала в апреле этого года.

Она называется «Патология молочных желез в практике врача — акушера-гинеколога» и направлена на совершенствование практических навыков и знаний врачей в области ранней диагностики и дифференциации различных патологий молочной железы, в том числе злокачественных новообразований.

Как известно, выявление факторов риска и симптомов рака молочной железы является важной частью работы врачей — акушеров-гинекологов амбулаторно-поликлинического звена. Кроме того, от уровня квалификации этих специалистов во многом зависит своевременная диагностика других заболеваний молочной железы, а также эффективность их лечения.

Новая программа предназначена как для этих специалистов, так и, в перспективе, для врачей общей практики. Основной акцент в программе сделан на современных методах ранней диагностики заболеваний молочных желез и скрининге опухолей различного происхождения. В процессе обучения большое внимание уделяется совершенствованию практических навыков обследований. Например, выявлению признаков новообразований на специальных фантомах и тренажерах.

В рамках обучения рассматриваются такие темы, как современные методы диагностики рака и неопухолевых заболеваний молочных желез, скрининг доброкачественной дисплазии молочной железы, методы интервенционной диагностики, алгоритмы ведения пациенток с генетической предрасположенностью к раку молочной железы, а также их профилактического наблюдения в стадии ремиссии после перенесенного заболевания.

Отмечу, что все программы, о которых шла речь, действуют в постоянном режиме, поэтому они доступны для всех врачей, работающих в медицинских организациях столицы. 

Применение вспомогательных репродуктивных технологий в Москве

Число пар, сталкивающихся с проблемой бесплодия, в последние несколько десятилетий заметно выросло. На помощь им сегодня приходит целый ряд вспомогательных репродуктивных технологий, которые с каждым годом становятся более доступными, в том числе благодаря специальному проекту, запущенному в Москве. В чем суть и отличия этих технологий и от чего зависит эффективность их применения?



Олег Латышкевич, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Департамента здравоохранения города Москвы, доцент кафедры акушерства и гинекологии имени академика Г. М. Савельевой педиатрического факультета Российского научно-исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова Минздрава России, врач – акушер-гинеколог родильного отделения Городской клинической больницы № 31 имени академика Г. М. Савельевой, к. м. н.

— Олег Александрович, кто может участвовать бесплатно в программе по применению вспомогательных репродуктивных технологий?

— Вопрос рождаемости сейчас стоит достаточно остро во многих странах мира, и руководство нашей страны, нашего города уделяет ему все больше внимания, расширяя применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в частности, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Программа ЭКО уже более 15 лет проводится бесплатно для москвичей за счет бюджета города. Однако включение процедуры ЭКО в рамки обязательного медицинского страхования сделало ее значительно более доступной. Сегодня в программе

ЭКО могут принять участие любые пациенты, которые имеют московский полис обязательного медицинского страхования (не путайте с пропиской).

Кроме того, в Москве на грантовой основе за счет городского бюджета действует программа криоконсервирования яйцеклеток в криобанке. В ней могут принять участие женщины с московской пропиской и со сниженным овариальным резервом.

— Какие медицинские показания для проведения этой процедуры?

— Прежде чем начать заготавливать яйцеклетки, мы обследуем пациенток на предмет



их фертильности, при помощи анализа крови на антимюллеров гормон, выявляя таким образом женщин с низким овариальным резервом. И если у женщины действительно запас яйцеклеток на исходе, но она по каким-то причинам откладывает рождение ребенка на более поздний период, она может бесплатно заготовить яйцеклетки и заморозить их, что позволит ей еще на какое-то время отложить рождение детей. Заготовка половых клеток как раз и помогает женщине сохранить свой овариальный резерв для будущего.

— Какие еще виды репродуктивных технологий существуют и в чем их отличия?

В МОСКВЕ НА ГРАНТОВОЙ ОСНОВЕ ЗА СЧЕТ ГОРОДСКОГО БЮДЖЕТА ДЕЙСТВУЕТ ПРОГРАММА КРИОКОНСЕРВИРОВАНИЯ ЯЙЦЕКЛЕТОК В КРИОБАНКЕ

— Репродуктивные технологии применяются уже давно. Начиналось все с самых простых способов, таких как инсеминация и стимуляция овуляции. Стимуляцию овуляторного аппарата, после которой пациентки беременеют естественным путем, и сейчас время от времени используют врачи. Однако с нею не все просто: стимуляция малоуправляема. Неизвестно, сколько яйцеклеток созреет >>> ▼

Вспомогательные репродуктивные технологии в Москве давно уже поставлены на поток



Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ

▲ Процедура пункции для забора яйцеклеток проходит под общей анестезией и под контролем ультразвука

после стимуляции. А если их оплодотворение произойдет в ходе полового акта, это может привести к тому, что все они оплодотворятся и попадут в матку. А беременность большим количеством плодов – это всегда повышенные риски осложнений.

Мы не очень любим применять этот метод для естественного зачатия. Другое дело – под контролем репродуктолога в отделениях вспомогательных репродуктивных технологий. Специалист, который проводит искусственное зачатие, не позволит этому процессу пойти на самотек.

Также достаточно часто в бесплодии больше «виноват» мужской фактор, либо что-то не позволяет сперматозоидам пробиться куда надо. В таких случаях мы вводим порцию замороженной спермы в цервикальный канал женщины в момент овуляции. Эта технология

называется «инсеминация», она также способствует рождению детей.

Далее поговорим об ЭКО. Процедура экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов делится на две части. На первом этапе мы забираем яйцеклетки. На втором этапе возможно несколько вариантов развития событий. Допустим, если при стимуляции овуляции для ЭКО у нас получилось несколько яйцеклеток, мы можем их оплодотворить. Соответственно, получить несколько эмбрионов, один или два использовать для переноса. Кстати, сегодня мы все реже и реже используем перенос двух эмбрионов, стараемся все-таки переносить по одному. Остальные эмбрионы подвергаются глубокой заморозке, криоконсервации, в жидком азоте. Технология криоконсервации эмбрионов применяется достаточно давно и за это время очень хорошо себя зарекомендовала. Результаты использования криоконсервированных эмбрионов даже бывают лучше, чем эмбрионов, не подвергавшихся заморозке.

— Как проводится оценка репродуктивного здоровья перед началом лечения? Какие анализы и обследования необходимы для начала применения этих технологий?

– Обследование и анализы регламентированы соответствующими приказами, которые обновляются. Список обследований не очень большой и зависит от того, какой фактор бесплодия выявлен. Кроме того, врач женской консультации, который готовит пациентку к ЭКО, может направить ее на дополнительные обследования, если посчитает необходимым. Если есть вопросы к работе сердца, врач направляет на консультацию к кардиологу. Иногда женщины приходят на программу ЭКО с такими заболеваниями, при которых беременность может быть противопоказана. Подобные случаи мы все чаще и чаще обсуждаем на городских консилиумах. Основная наша задача – чтобы та беременность, которая получится в результате наших репродуктивных технологий,

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ ДАЖЕ БЫВАЮТ ЛУЧШЕ, ЧЕМ ЭМБРИОНОВ, НЕ ПОДВЕРГАВШИХСЯ ЗАМОРОЗКЕ



ОБСЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗЫ РЕГЛАМЕНТИРОВАНЫ СООТВЕТСТВУЮЩИМИ ПРИКАЗАМИ, КОТОРЫЕ ОБНОВЛЯЮТСЯ. СПИСОК ОБСЛЕДОВАНИЙ НЕ ОЧЕНЬ БОЛЬШОЙ

не навредила. Поэтому в некоторых случаях нам приходится отказывать пациентке, имеющей медицинские противопоказания.

— В каких случаях и при каких заболеваниях применение репродуктивных технологий противопоказано?

— Противопоказания к применению репродуктивных технологий могут быть со стороны разных органов и систем. Например, со стороны

сердечно-сосудистой системы, если у женщины тяжелое заболевание сердца, почек, трансплантированы органы и т. д. Хотя тоже нельзя сказать, что с трансплантированной почкой нельзя беременеть. Тут все будет зависеть от заключения нефролога и трансплантолога, которые совместно с нами посмотрят, насколько хорошо работает трансплантированный орган, как справляется со своей функцией. Конечно, когда пациентка страдает еще и бесплодием и не может забеременеть без наших репродуктивных технологий, именно нам проще ей отказать или разрешить.

Такой иглой производится забор яйцеклеток, которые находятся в фолликулярной жидкости



Фото: НИИОЗММ

Главный инструмент эмбриолога – микроскоп с многократным увеличением



— Зачем нужен такой сложный допуск к этой процедуре?

— Дело в том, что даже сама процедура ЭКО не очень простая, не всегда бесследно проходит для женщин, что уж говорить про беременность, которая дает еще большую нагрузку на организм. Мы, врачи, должны быть абсолютно уверены, что беременность не подорвет ее здоровье.

ПРЕЖДЕ ЧЕМ ДОПУСТИТЬ ПАЦИЕНТКУ К ПРОГРАММЕ ЭКО, ПРОВОДИТСЯ ОЧЕНЬ ТЩАТЕЛЬНОЕ ЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, РЕЗУЛЬТАТЫ КОТОРОГО НАПРАВЛЯЮТСЯ В ОКРУЖНУЮ КОМИССИЮ

— Какой максимальный возраст пациентки, которой вам приходилось проводить ЭКО?

— Тут такая ситуация: на программу ЭКО в рамках обязательного медицинского страхования мы принимаем только тех женщин, которым возможно провести стимуляцию овуляции, или тех пациенток, у которых уже есть заготовленные эмбрионы. Бывает еще, используются донорские яйцеклетки и эмбрионы, но это уже не входит в программу ОМС. У нас была пациентка в возрасте 51 года. Была также пациентка в возрасте 63 лет, мы помогли ей не только забеременеть, но и выносить эту беременность, и родоразрешение прошло хорошо.

— От чего это зависит эффективность процедур ЭКО?

— Эффективность процедур ЭКО зависит не только от таких факторов, как возраст пациентки, причины бесплодия, состояние ее здоровья, качества яйцеклетки и сперматозоидов, но и от квалификации врача-репродуктолога, которая нарабатывается с опытом. В Москве процедуры ЭКО проводят уже более 40 лет, выросла целая плеяда специалистов, соответственно, и результаты у них лучше.

— Сколько раз можно проходить процедуру ЭКО?

— На этот вопрос нельзя однозначно ответить. Если мы подразумеваем полноценную процедуру ЭКО, со стимуляцией овуляции, то есть с введением специальных гормонов, которые вызовут созревание не одной яйцеклетки, как в норме у женщин в середине цикла, а, допустим, десяти или пятнадцати, то этим лучше не злоупотреблять во избежание истощения яичников, и не только их, есть и другие риски. Стимуляцию рекомендуется



Фото: НИИОЗММ

САМА ПРОЦЕДУРА ЭКО НЕ ОЧЕНЬ ПРОСТАЯ, НЕ ВСЕГДА БЕССЛЕДНО ПРОХОДИТ ДЛЯ ЖЕНЩИН, ЧТО УЖ ГОВОРИТЬ ПРО БЕРЕМЕННОСТЬ, КОТОРАЯ ДАЕТ ЕЩЕ БОЛЬШУЮ НАГРУЗКУ НА ОРГАНИЗМ

делать не чаще чем два раза в год. Если мы говорим о криопереносах эмбриона в полость матки, то их можно делать хоть каждый месяц. Оптимально – раз в два месяца, потому что никакой особой гормональной или другой лекарственной нагрузки в этот момент пациентка не несет.

— Какие еще риски и побочные эффекты связаны с процедурой ЭКО?

— Как и любая медицинская процедура, ЭКО имеет свои непосредственные осложнения: синдром гиперстимуляции яичников, кровоизлияние, внутрибрюшное кровотечение во время пункции, двойня или тройня в результате деления. Причем иногда переносишь два эмбриона, а получается тройня – какой-нибудь из них потом делится, мы поэтому перестали по два эмбриона переносить, потому что беременности тройнями, и тем более четвернями, часто протекают с осложнениями.

Что же касается детей, рожденных не без помощи репродуктологов, то лет двадцать назад в средствах массовой информации активно обсуждалось, что «дети из пробирки» – какие-то франкенштейны. Но мы уже сорок лет занимаемся репродуктивными технологиями, у наших первых детей уже выросли свои дети, причем зачатые естественным путем. Мы бы давно заметили, что у наших детей что-то не так происходит с развитием, какие-то грозные осложнения.

— С каким самым большим числом попыток ЭКО у пациенток вам приходилось сталкиваться в вашей практике?

— Когда я еще не был репродуктологом, а работал врачом – акушером-гинекологом, мне довелось принимать роды у женщины, которая

смогла забеременеть только с 26-й попытки, ей тогда уже было 44 года.

— Какие советы вы могли бы дать парам, которые собираются прибегнуть к процедуре вспомогательных репродуктивных технологий?

— Я бы рекомендовал им сесть вечером дома и обсудить, насколько им все это нужно. И если они уже твердо приняли решение, что это им надо, то морально готовиться преодолевать все трудности, с которыми они могут столкнуться. Да, придется много ходить по врачам, обследоваться. И если попытка оказалась неудачной, нельзя опускать руки, надо пробовать снова. Ведь если вам нужно получить водительские права и вы не сдали экзамены с первого раза, вы же идете на пересдачу, подтягиваете вождение, учите правила и пересдаете экзамен второй, третий раз. То же самое и здесь.

Нельзя впадать в отчаяние после каждой неудачной попытки. И еще я всегда рекомендую парам: ни в коем случае нельзя по первой неудавшейся попытке судить о клинике или о враче, который проводит ЭКО. К сожалению, у нас, репродуктологов, специальность очень сложная: приходится учитывать очень много разных нюансов, искать к каждой пациентке индивидуальный подход. Не всегда с первого раза он находится, но если пациентку ведет один специалист, шансов на успех больше, чем если она будет переходить из клиники в клинику. Также важно все делать в свое время. И если у пары не получается в течение года зачать ребенка естественным путем, то им уже стоит подумать об участии в программе вспомогательных репродуктивных технологий. Чем раньше они займутся этим, тем больше вероятность, что у них будет ребенок, важное уточнение: генетически полностью их ребенок. 

Клиентский путь лечения бесплодия



МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК
ПРОХОЖДЕНИЯ
КЛИЕНТСКОГО ПУТИ

12 МЕСЯЦЕВ,

ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ
ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
И РЕАБИЛИТАЦИИ

1

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Прием врача —
акушера-гинеколога

45
дней*

Обязательные исследования:

- Лабораторные исследования (мазок на флору, анализ ПЦР на инфекции, передающиеся половым путем, тиреотропный гормон, антимюллеров гормон)
- Инструментальные исследования (УЗИ матки и придатков с оценкой количества антральных фолликулов (КАФ))

Опциональные исследования:

- Оценка уровня фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, пролактина, эстрадиола, свободного тестостерона, 17-гидроксипрогестерона, сульфата дегидроэпиандростерона в I фазу менструального цикла, оценка уровня прогестерона во II фазу менструального цикла
- Антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО)
- Оценка факторов риска рождения детей с хромосомной патологией
- Диаскинтест

< 35 лет:

отсутствие беременности
более 1 года

≥ 35 лет:

отсутствие беременности
более 6 месяцев



ВИЗИТ ПАРТНЕРА В ПОЛИКЛИНИКУ

Прием врача-уролога

Обязательные исследования:

- Спермограмма

14
дней

30
дней

2

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

14
дней

Прием врача – акушера-гинеколога

Интерпретация результатов обследования (назначение опциональных исследований при необходимости) и установление причин бесплодия

Возможные исследования:
– Гистеросонография

45
дней*

Отделение вспомогательных репродуктивных технологий или дневной стационар Центра женского здоровья

ИЛИ

Стационар

Возможные исследования:
– Гистеросонография

45
дней*

Возможные исследования:

- Гистероскопия
- Лапароскопия
- Оценка проходимости маточных труб одним из методов:
 - Гистеросальпингография
 - Лапароскопия

45
дней*

!

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ



Прием врача – акушера-гинеколога женской консультации



Лечение выявленных заболеваний

Наступление
беременности

ИЛИ

Отделение вспомогательных
репродуктивных технологий

Источник: https://mosgorzdrav.ru/woman_health

Московский стандарт ведения беременности

Около года назад руководство Департамента здравоохранения города Москвы приняло новый алгоритм – клиентский путь «Нормальная беременность». Для чего был создан этот документ, какие задачи он призван решать?



Анаит Асатрян, и. о. заведующего организационно-методическим отделом по профилю «акушерство и гинекология» НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента, врач – акушер-гинеколог Городской клинической больницы № 31 имени академика Г. М. Савельевой



Фото: НИИОЗММ

— Анаит Мкртичевна, расскажите, пожалуйста, что представляет собой клиентский путь «Нормальная беременность»?

— Клиентский путь «Нормальная беременность» представляет собой подробный алгоритм всех необходимых обследований и процедур для беременной, позволяющий женщине точно знать, какие исследования и в какие сроки ей нужно пройти, а врачу — строго следовать утвержденному стандарту.

Необходимость внедрения клиентского подхода к ведению беременности была обусловлена несколькими ключевыми причинами:

- **сложностью и многозадачностью ведения беременности.** Прием в женской консультации требует от врача высокой концентрации внимания: необходимо собрать анамнез, выслушать жалобы, провести осмотр и назначить все необходимые обследования. В условиях плотного графика приема и большого потока пациентов есть риск упустить важные детали или допустить ошибку при назначении обследований;
- **необходимостью стандартизации и повышения качества медицинской**

помощи. Клиентский путь представляет собой наглядный и подробный алгоритм, основанный на клинических рекомендациях, который помогает врачу быстро ориентироваться в перечне необходимых исследований и сроках их проведения. Это позволяет минимизировать вероятность пропуска важных этапов наблюдения и повысить качество ведения беременности;

- **повышением информированности и вовлеченности пациенток.** Документ помогает будущей маме четко понимать, какие исследования и когда ей нужно пройти, зачем они нужны и как часто нужно посещать врача. Такой подход способствует формированию новой культуры общения между врачом и пациентом, делает процесс наблюдения более прозрачным и понятным для женщины;
- **оптимизацией работы врача.** Графическое отображение клиентского пути позволяет врачу быстро свериться с алгоритмом, не отвлекаясь на поиск информации в объемных клинических рекомендациях во время приема. Это экономит время и снижает риск ошибок.
- **доступностью и преемственностью медицинской помощи.** Внедрение клиентских путей является частью нового >>>

На первом приеме с помощью УЗИ врач подтверждает беременность

Клиентский путь «Нормальная беременность» помогает:

- стандартизировать ведение беременности у всех акушеров-гинекологов
- исключить необоснованные назначения и пропуски обязательных обследований
- повысить информированность будущих мам о каждом этапе медицинского наблюдения
- оптимизировать коммуникацию между врачом и пациентом, формируя новую культуру взаимодействия в системе здравоохранения

ОН ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- четкий график посещения врача и прохождения скринингов
- перечень обязательных обследований и анализов
- пояснения по целям и срокам каждого этапа наблюдения
- визуальное оформление для удобства использования в повседневной работе врача





Фото: НИИОЗММ

▲
 Центр женского
 здоровья ГКБ № 31
 имени академика
 Г. М. Савельевой

стандарта амбулаторной акушерско-гинекологической помощи, который реализуется через создание сети центров женского здоровья с современным оборудованием и высококвалифицированными специалистами. Такой подход обеспечивает доступность качественной помощи на всех этапах — от профилактики до послеродового наблюдения.

— Какое место клиентский путь «Нормальная беременность» занимает в новом стандарте оказания акушерско-гинекологической помощи?

— Клиентский путь «Нормальная беременность» — ключевой элемент нового стандарта

оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Москве. Его внедрение стало отправной точкой для формирования всей системы клиентских путей в акушерстве и гинекологии города.

Прежде всего первый клиентский путь — прародитель системы клиентских путей. Он стал первым и базовым документом, на основе которого разрабатываются и внедряются последующие клинические пути для других нозологий, таких как «МРТ плода», «Бесплодие», «Миома матки», «Пролапс тазовых органов» и другие. Такой подход позволяет стандартизировать и визуализировать клинические рекомендации, делая их максимально доступными и удобными для практического применения врачами амбулаторного звена.

В новом стандарте клиентский путь осуществляет функцию наглядного алгоритма,

КЛИЕНТСКИЙ ПУТЬ «НОРМАЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ» — КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ НОВОГО СТАНДАРТА ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ



В НОВОМ СТАНДАРТЕ КЛИЕНТСКИЙ ПУТЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ФУНКЦИЮ НАГЛЯДНОГО АЛГОРИТМА, КОТОРЫЙ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВЫПОЛНЕНИЕ ВСЕХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЧЕТКИЕ СРОКИ И ПО ЕДИНЫМ ПРАВИЛАМ

который обеспечивает выполнение всех диагностических и лечебных мероприятий в четкие сроки и по единым правилам. Это позволяет врачам быстро ориентироваться в необходимых обследованиях, минимизировать необоснованные назначения и повысить качество медицинской помощи. Особенно это важно для молодых специалистов.

После внедрения Первый клиентский путь получил положительные отзывы ведущих женскими консультациями и врачей. Благодаря его эффективности по его образцу разрабатываются новые клиентские пути, охватывающие все больше клинических ситуаций, актуальных для амбулаторной акушерско-гинекологической практики. Клиентский путь интегрирован в работу

новых центров женского здоровья, которые становятся основой нового стандарта — с современным оборудованием и возможностью оказывать комплексную, персонализированную помощь женщинам на всех этапах жизни.

Лабораторная диагностика — важная составляющая программы ведения беременности



— В комплексе с какими нововведениями в области охраны женского здоровья был принят клиентский путь «Нормальная беременность»?

— Его внедрение стало частью масштабной реформы амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Москве и сопровождалось рядом ключевых нововведений, >>>



Фото: НИИОЗММ



Фото: мос.ру

▲ Ориентируясь по клиентскому пути, женщина точно знает, какие исследования и в какие сроки ей нужно пройти

таких, как создание сети центров женского здоровья.

— Какие этапы заложены в клиентском пути «Нормальная беременность»?

— Клиентский путь структурирован по триместрам и включает весь комплекс мероприятий, необходимых для амбулаторного наблюдения беременной женщины. Каждый триместр основан на клинических рекомендациях и отражает последовательность действий с момента подтверждения жизнеспособной маточной беременности до родов: количество приемов врача — акушера-гинеколога с указанием сроков, приемы профильных специалистов, перечень необходимых обязательных и дополнительных лабораторных и инструментальных исследований (с указанием сроков и кратности по триместрам) и даже препараты с дозировками, рекомендуемые для приема всем беременным.

— Чем характеризуется каждый из триместров беременности?

— Следует уточнить, что беременность считается нормальной в том случае, если речь про одноплодную беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящуюся от 37 недель до 41 недели и 6 дней, протекающую без акушерских и перинатальных осложнений.

Первый триместр (1–13 недель) — самый критичный и важный этап беременности. В этот период происходит имплантация эмбриона, закладка и формирование всех основных органов и систем плода: головного и спинного мозга, сердца, печени, почек, конечностей. Именно в первом триместре высок риск выкидыша, развития хромосомных аномалий и врожденных пороков развития, а влияние негативных факторов (инфекции, вредные привычки, неправильное питание, стрессы) может привести к необратимым последствиям



ОЧЕНЬ ВАЖНО, ЧТОБЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ПРОХОДИЛИ В УЧРЕЖДЕНИИ, КОТОРОЕ К ЭТОМУ ГОТОВО. ПРИЧЕМ НЕ ТОЛЬКО С ТЕХНИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ. КЛЮЧЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЗДЕСЬ ИМЕЮТ ОПЫТ И КОМПЕТЕНЦИИ ПЕРСОНАЛА

для будущего ребенка. На этом этапе женщина может испытывать токсикоз, слабость, эмоциональную нестабильность.

Второй триместр (14–27 недель) считается относительно спокойным и безопасным. Органы и системы плода продолжают развиваться и совершенствоваться, начинается активный рост ребенка, формируются черты лица, появляются движения, которые женщина уже может ощущать. Риск выкидыша снижается, а самочувствие женщины обычно улучшается. Во втором триместре продолжается наблюдение, проводится второй скрининг, оцениваются анатомия и развитие плода, выявляются возможные патологии, несовместимые с жизнью.

Третий триместр (28 недель – до родов) – в этот период плод активно набирает вес, его органы и системы готовятся к самостоятельной жизни вне материнского организма. Происходит окончательное созревание легких, нервной системы, иммунной системы. Женщина может испытывать повышенную усталость, одышку, отеки, дискомфорт из-за увеличивающейся массы плода. В третьем триместре важно контролировать состояние матери и ребенка, своевременно выявлять и корректировать возможные осложнения.

— Почему сегодня врачи стимулируют женщин как можно раньше вставать на учет к гинекологу?

– Дело в том, что первый триместр – самый важный и опасный в отношении выкидыша и развития (или проявления имеющихся) аномалий плода. Если пациентка увидела заветные «две полоски» на тесте, первое, что нужно сделать, – это обратиться к врачу – акушеру-гинекологу.

Первым и самым важным этапом в начале беременности является постановка на учет на ранних сроках и консультация врача – акушера-гинеколога, во время которой с помощью ультразвукового метода подтверждается факт жизнеспособной маточной беременности и определяется ее срок, проводится общий и гинекологический осмотр, также составляется план дальнейших обследований, осмотров и даются рекомендации по образу жизни, питанию, назначаются необходимые витамины и минералы или отменяются используемые лекарственные препараты, запрещенные к применению во время беременности. При постановке на учет пациентке открываются направления на лабораторные и инструментальные исследования, согласно перечню, установленному в клинических рекомендациях (клиентском пути).

На этом этапе происходит оценка соматического, акушерского и гинекологического анамнезов для определения рисков для пациентки при вынашивании беременности – несомненно, это важно сделать на ранних сроках беременности. Еще одним важным этапом является ранний пренатальный скрининг, который проводится в сроках 11–14 недель. Информативность метода (как ультразвукового, так и биохимического этапа) зависит напрямую от срока гестации – при поздней постановке на учет проведение первого комбинированного скрининга будет нецелесообразным.

До 12-й недели беременности происходит закладка внутренних органов и систем плода. Неправильное питание, вредные привычки, хронические и инфекционные заболевания могут привести к порокам развития плода, неразвивающейся беременности и выкидышу.

В акушерстве отсчет ведется почасовой, если не поминутный – главное, не опоздать и ничего не упустить. Несвоевременная диагностика и недооценка рисков могут привести к тяжелым последствиям для матери и плода, включая перинатальную смертность и тяжелую инвалидность. 

Фото: НИИОЗММ

Клиентский путь «Нормальная беременность»

ПЕРВЫЙ ТРИМЕСТР

1

Первый визит к врачу – акушеру-гинекологу

- Первичный прием
- Постановка на учет по критериям:
подтвержденная при УЗИ жизнеспособная
одноплодная маточная беременность

ПРИЕМ ВРАЧА — АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

- сбор анамнеза, оценка жалоб
- физикальный и гинекологический осмотр, осмотр молочных желез
- определение срока беременности по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плодного яйца (плода)
- определение предполагаемой даты родов (ПДР)
- забор биоматериала на микроскопическое исследование влагалищных мазков, на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки
- определение риска акушерских осложнений, риска венозных и тромбозмболических осложнений (ВТЗО)

На каждом приеме:

- коррекция группы риска акушерских осложнений и риска венозных тромбозмболических осложнений
- проведение определения частоты сердцебиения плода при помощи фетального доплера с 12-й недели беременности при каждом визите беременной пациентки



НАПРАВЛЕНИЯ

Базовые лабораторные исследования:

- клинический анализ крови
- общий анализ мочи
- исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека 1/2 и антигена p24, антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В, определение суммарных антител классов M и G к вирусу гепатита С, определение антител к бледной трепонеме
- биохимический общетерапевтический анализ крови

Дополнительные исследования:

по показаниям

- инструментальные исследования: ЭКГ, первый пренатальный скрининг в кабинете антенатальной охраны плода
- к специалистам: терапевт, стоматолог, офтальмолог, психолог в кабинете медико-социальной психологической помощи
- обследование окружения женщины на туберкулез

2

Второй визит к врачу – акушеру-гинекологу

Через 7–10 дней после первичного приема



ПРИЕМ ВРАЧА — АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

- осмотр беременной
- интерпретация результатов обследования
- коррекция группы риска беременной при необходимости, риска ВТЭО
- заключение о возможности вынашивания беременности

НАПРАВЛЕНИЯ

- первый пренатальный скрининг в кабинете антенатальной охраны плода (если не выдано при постановке на учет)
- дополнительные исследования на определение резус-фактора мужа/партнера при резус-отрицательной крови у беременной

1

11–13-я неделя

Первый визит в кабинет антенатальной охраны плода (КАОП)

Первый комбинированный пренатальный скрининг

ВТОРОЙ ТРИМЕСТР

3

14 недель
Третий визит к врачу – акушеру-гинекологу

Через 5–7 дней после первого комбинированного пренатального скрининга

- **осмотр беременной**
- **интерпретация результатов первого комбинированного пренатального скрининга**

НАПРАВЛЕНИЯ

При высоком риске хромосомных аномалий (1:100 и выше):

- направление на медико-генетическое консультирование в отделение антенатальной охраны плода

На каждом приеме:

- Коррекция группы риска акушерских осложнений и риска венозных тромбозмболических осложнений
- Рекомендация контроля шевелений плода еженедельно с 20-й недели беременности
- Определение белка в моче с помощью индикаторных полосок с 22-й недели беременности
- Измерение высоты дна матки при каждом визите беременной пациентки и ведение гравидограммы с 20-й недели беременности
- Проведение определения частоты сердцебиения плода при помощи фетального доплера



Дополнительный визит
На следующий день после медико-генетического консультирования

4

16–18 недель
Четвертый визит к врачу – акушеру-гинекологу

осмотр беременной

НАПРАВЛЕНИЯ

- на второй пренатальный скрининг в кабинете антенатальной охраны плода
- на УЗИ плода (при поздней первой явке)

Для беременной с отрицательным резус-фактором

- определение антиэритроцитарных (антирезусных) антител при сроке 18–20 недель беременности





2

19–20 недель и 6 дней Второй визит в кабинет антенатальной охраны плода (КАОП)

Второй пренатальный скрининг

При высоком риске хромосомных аномалий по результатам первого комбинированного пренатального скрининга направляется в отделение антенатальной охраны плода



5

Пятый визит к врачу – акушеру-гинекологу

Через 1–5 дней после второго
пренатального скрининга

- осмотр беременной
- заключение о возможности
вынашивания беременности

НАПРАВЛЕНИЯ

- клинический анализ крови
- общий анализ мочи
- пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ)
в 24–28 недель

6

25–27 недель Шестой визит к врачу – акушеру-гинекологу

- осмотр беременной
- интерпретация полученных результатов исследований
- оформление листа маршрутизации обменной карты (определение
акушерского стационара для последующего родоразрешения)

НАПРАВЛЕНИЯ

Для беременной с отрицательным резус-фактором

- определение антиэритроцитарных (антирезусных) антител на сроке 27–28 недель

Беременной с отрицательным резус-фактором и отсутствием антирезусных антител
на сроке 28 недель беременности

- введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] на сроке 28–30 недель беременности

ТРЕТИЙ ТРИМЕСТР

На каждом приеме:

- Коррекция группы риска акушерских осложнений и риска венозных тромбоэмболических осложнений
- Рекомендация контроля шевелений плода еженедельно с 20-й недели беременности
- Определение белка в моче с помощью индикаторных полосок с с 22-й недели беременности
- Измерение высоты дна матки при каждом визите беременной пациентки и ведение гравидограммы с 20-й недели беременности
- Проведение определения частоты сердцебиения плода при помощи фетального доплера – до 32-й недели

7

30–31 неделя

Седьмой визит к врачу – акушеру-гинекологу

совместный осмотр беременной лечащим врачом с заведующим женской консультацией

НАПРАВЛЕНИЯ

Базовые лабораторные исследования:

- клинический анализ крови
- общий анализ мочи
- исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека 1/2 и антигена р24, антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В, определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С, определение антител к бледной трепонеме
- биохимический общетерапевтический анализ крови

Дополнительные исследования:

- по показаниям
- кардиотокография плода с 32-й недели беременности 1 раз в 2 недели
- УЗИ плода в 3-м триместре беременности
- консультации специалистов: терапевт, стоматолог, психолог

8

30–34 недели

Восьмой визит к врачу – акушеру-гинекологу

Через 1–5 дней после УЗИ плода

- осмотр беременной
- интерпретация полученных результатов исследований

НАПРАВЛЕНИЯ

- кардиотокография плода

При высоком риске преэклампсии, преждевременных родов и задержки роста плода

- рекомендовано проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока

!

34–35 недель

УЗИ плода в третьем триместре



9

35–36 недель

Девятый визит к врачу – акушеру-гинекологу



- осмотр беременной
- пельвиометрия
- забор биоматериала на микроскопическое исследование влагалищных мазков
- в 35–37 недель определение антигена стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в вагинальном и ректальном отделяемом
- интерпретация полученных результатов исследований
- оформление листа маршрутизации обменной карты (определение акушерского стационара для последующего родоразрешения)

НАПРАВЛЕНИЯ

- кардиотокография плода

10

38–39 недель

Десятый визит к врачу – акушеру-гинекологу



- осмотр беременной
- интерпретация полученных результатов исследований

НАПРАВЛЕНИЯ

- кардиотокография плода

11

40–40,5 недель

Одиннадцатый визит к врачу – акушеру-гинекологу



- осмотр беременной
- интерпретация полученных результатов исследований

НАПРАВЛЕНИЯ

- в акушерский стационар

Источник: <https://mosgorzdrav.ru/>

Охрана здоровья беременных. Патологии беременности. Профилактика акушерских осложнений

Охрана здоровья будущих мам, профилактика осложнений беременности и перинатальной патологии – одна из важнейших задач врачей – акушеров-гинекологов. Как диагностируются патологии и какую роль в профилактике акушерских осложнений и аномалий развития плода играют регулярные осмотры беременных? Где проходят лечение пациентки с выявленными осложнениями?



Антон Оленев, главный внештатный специалист по акушерству, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи Городской клинической больницы № 31 имени академика Г. М. Савельевой, врач – акушер-гинеколог, д. м. н.

— Антон Сергеевич, расскажите, пожалуйста, какой средний возраст беременных в Москве, какова динамика в этом плане?

— В Москве возраст при рождении первенца в среднем 29 лет, а средний возраст роженицы в целом – 32–34 года. В целом в Москве, как и во всем мире, имеется общая тенденция к увеличению возраста при рождении первого ребенка.

— Сколько родов с первой беременностью, второй, последующей и т. д.?

— Первые и вторые роды держатся на относительно стабильном уровне, при этом отмечается стойкий рост доли третьих (13,9 % в 2019 г., 14,7 % в 2024-м), четвертых (3,6 % в 2019 г., 5,1 % в 2024 г.), пятых и последующих (1,5 % в 2019 г., 2 % в 2024-м), 6 и более (0,3 % в 2019 г., 0,6 % в 2024-м) родов в течение последних пяти лет.

— Каковы основные факторы риска, связанные с беременностью, и как их можно минимизировать?

— Для начала следует разделить факторы риска на связанные с матерью и связанные с плодом.



Фото: мос.ру

Риски, связанные с матерью, в свою очередь, делятся на акушерские и соматические. Акушерские риски представляют собой спектр заболеваний и состояний, возникающих только во время беременности и непосредственно связанных с ней, во время родов и в течение 6 недель после родов: токсикоз, гестационный сахарный диабет, преэклампсия, истмико-цервикальная недостаточность. К акушерским рискам также относятся высокий паритет, количество инструментальных прерываний беременности, наличие двух и более рубцов на матке после различных манипуляций, имеющиеся в анамнезе у беременной операции на шейке матки, которые могут послужить причиной невынашивания и преждевременных родов, и перинатальные потери во время предыдущих беременностей.

Соматические риски представляют собой любые состояния, не связанные непосредственно с беременностью, или имеющиеся у женщины хронические заболевания, которые могут обостриться во время беременности ввиду физиологических изменений в органах и системах беременной, спектр таких заболеваний неимоверно широк. Среди соматических факторов риска, которые подлежат обязательной оценке во время беременности,

РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ПЛОДОМ, МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ: МАЛОВОДИЕ, ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА, ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ И Т. Д.

можно выделить возраст пациентки, наличие профессиональных вредностей и вредных привычек, наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний, как сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения (ТЭО), гипертоническая болезнь, психические заболевания, имеющиеся и перенесенные заболевания других органов и систем (заболевания почек, сердечно-сосудистой, эндокринной систем, аллергические и другие заболевания), принимаемые лекарственные препараты, индекс массы тела до беременности и особенно – прибавка массы тела во время беременности.

Риски, связанные с плодом, могут быть выявлены на различных сроках беременности: маловодие, задержка роста плода, преждевременная отслойка плаценты и т. д. Многоплодная беременность, в частности монохориальная, сама по себе несет риски >>>

▲
Залог рождения здорового ребенка – своевременное выявление патологий беременности и профилактика акушерских осложнений



Фото: НИИОЗММ

▲
Кардиотокография.
С сердечком
малыша все
в полном порядке!

для развития одного или обоих плодов. Безусловно, риски со стороны плода могут быть следствием недооцененных как акушерских, так и соматических рисков у матери. К примеру, несвоевременно выявленное уменьшение длины шейки матки может привести к позднему выкидышу или преждевременным родам; несвоевременно выявленная и непролеченная преэклампсия может привести к преждевременной отслойке плаценты, антенатальной гибели плода; курение матери может привести к задержке роста плода.

Наиболее эффективный способ минимизировать вышеуказанные риски – это планирование беременности и прохождение прегравидарной подготовки (подготовки к беременности), ведение здорового образа жизни, отказ от вредных привычек, ранняя постановка на учет по беременности в женской консультации, в том числе для оценки рисков

для матери при вынашивании беременности, и, безусловно, регулярное посещение врача – акушера-гинеколога.

— Каковы последствия для здоровья матери и ребенка при наличии тех или иных патологий беременности?

– К сожалению, даже в случае идеально протекающей беременности и родов никто не застрахован от неблагоприятных последствий для здоровья матери и ребенка: эклампсия, кровотечения, дистоция плечиков в родах... А если беременность протекает на фоне той или иной патологии, риски таких последствий могут значительно возрастать. Все зависит от того, о какой клинической ситуации идет речь. Есть состояния и заболевания, возникающие

ДАЖЕ В СЛУЧАЕ ИДЕАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НИКТО НЕ ЗАСТРАХОВАН ОТ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ для здоровья матери и ребенка: эклампсия, кровотечения, дистоция плечиков в родах...



на фоне беременности, во время и после родов, которые могут привести к летальному исходу как у матери, так и у плода.

По данным мировой литературы, преэклампсия и гипертензивные расстройства при беременности – фактор большого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в дальнейшем. Риск коррелирует с тяжестью преэклампсии, сроком родоразрешения, числом рецидивов. Пациенты с преждевременным родоразрешением имеют более высокий риск развития ССЗ, в том числе в репродуктивном периоде. При комбинации гестационной артериальной гипертензии / преэклампсии с гестационным сахарным диабетом повышается риск развития ССЗ после родов. Во избежание неблагоприятных последствий необходимо проводить самоконтроль уровня артериального давления в послеродовом периоде и посещать врача-терапевта.

По данным различных международных источников, риск развития сахарного диабета 2-го типа (реже 1-го типа) в 10 раз выше у пациенток с гестационным сахарным диабетом, а в 33 % случаев в течение 5–10 лет после родов развивается метаболический

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ МИНИМИЗИРОВАТЬ ВЫШЕУКАЗАННЫЕ РИСКИ – ЭТО ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРОХОЖДЕНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

синдром. Поэтому при наличии во время беременности гестационного сахарного диабета обязательно прохождение перорального глюкозотолерантного теста через 4–12 недель после родов, самоконтроль уровня глюкозы и консультация эндокринолога.

Беременность (особенно третий триместр) сопровождается физиологической гиперкоагуляцией, снижением уровня естественных антикоагулянтов, нарушением венозного оттока из вен нижних конечностей и таза из-за сдавления вен беременной маткой, что может приводить к венозным тромбоэмболическим осложнениям. Вероятность венозного тромбоза также повышается, если у пациентки имеется врожденная или приобретенная тромбофилия. При этом опасность венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) сохраняется >>>

Ультразвуковое исследование помогает оценить развитие плода, его размеры и состояние органов



Фото: пресс-служба ГKB № 31

В осмотре малышей, родившихся раньше срока, принимают участие врачи различных специальностей



еще 6 недель после родоразрешения. Именно по этой причине при наличии рисков ВТЭО в послеродовом периоде назначается ношение компрессионного трикотажа и применение низкомолекулярных гепаринов.

Из неблагоприятных последствий для плода и ребенка следует выделить явления дистресса плода как антенатально, так и в родах с развитием в последующем гипоксическо-ишемической энцефалопатии, а в некоторых случаях – антенатальной или интранатальной гибели плода, последствия преждевременных родов (исход будет зависеть в первую очередь от срока гестации: чем меньше срок, тем хуже прогноз), последствия дистоции плечиков в виде переломов ключиц или параличей Дюшана-Эрба и Дежерин-Клюмпке, последствия перенесенных во время беременности инфекций (задержка роста плода, врожденные инфекционные заболевания, хориоамнионит, пороки развития) и пр.

БЕРЕМЕННОЙ ВАЖНО ВСТАТЬ НА УЧЕТ ДО 12 НЕДЕЛЬ, ПОСКОЛЬКУ НА СРОКЕ 11 – 13 НЕДЕЛЬ И 6 ДНЕЙ ПРОВОДИТСЯ РАННИЙ ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

— Какую роль играют регулярные медицинские осмотры в профилактике заболеваний у беременных?

— Хотелось бы акцентировать внимание на том, что при ранней явке в женскую консультацию и регулярном наблюдении у акушера-гинеколога на протяжении всей беременности вероятность вышеописанных неблагоприятных исходов для матери и ребенка будет значительно ниже по сравнению с пациентками, не состоящими на учете по беременности и не наблюдающимися у акушера-гинеколога.

Регулярные медицинские осмотры играют огромную роль в профилактике всех заболеваний, и не только у беременных, поскольку зачастую они позволяют заподозрить или выявить заболевание на ранней стадии, когда еще нет яркой клинической картины и у пациента субъективно нет повода для беспокойства и обращения к врачу.

По клиническим рекомендациям «Нормальная беременность» при постановке на учет врач – акушер-гинеколог проводит беседу с подробным сбором анамнеза (в том числе семейного), назначает пациентке ряд лабораторных исследований, позволяющих



Фото: пресс-служба ГКБ № 31

РАННИЙ ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ОТНОШЕНИИ ДИАГНОСТИКИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ

врачу составить план дальнейшего наблюдения в зависимости от результатов. К примеру, при выявлении высокого уровня гликемии при постановке на учет пациентка будет незамедлительно направлена на консультацию к врачу-эндокринологу, не дожидаясь сроков проведения перорального глюкозотолерантного теста (24–28 недель). Крайне важно встать на учет до 12 недель, поскольку на сроке 11 недель – 13 недель и 6 дней необходимо проведение раннего пренатального скрининга (ультразвукового и биохимического). Сроки проведения данного исследования строго ограничены ввиду того, что при проведении в более поздние сроки точность его падает в разы. Ранний пренатальный скрининг наиболее информативен в отношении диагностики пороков развития плода и хромосомных аномалий.

— Какие способы диагностики патологии беременности существуют?

— Сбор анамнеза, общий осмотр (с измерением артериального давления на обеих руках, росто-весовых показателей, а также фиксацией прибавки массы тела в динамике) и гинекологический осмотр со сбором соскобов (при первом визите и далее по показаниям), ультразвуковые исследования (первый и второй скрининг, УЗИ в третьем триместре, а также УЗ-цервикометрия и доплерометрия по показаниям) и лабораторные (по КР «Нормальная беременность») методы исследования, согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

При выявлении отклонений в упомянутых методах диагностики и/или при наличии в анамнезе соматических патологий и/или неблагоприятных перинатальных исходов определяется дальнейшая тактика ведения пациентки. К примеру, если имеется подозрение на врожденные пороки развития или хромосомную патологию плода – ультразвуковое

исследование экспертного уровня, консультация врача-генетика, неинвазивная пренатальная диагностика, инвазивные методы диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез), при необходимости – МРТ плода, после чего проводится перинатальный консилиум с участием ведущих специалистов, в том числе по профилю детской патологии, и определяется прогноз жизни и здоровья ребенка.

Все беременные пациентки в обязательном порядке должны быть проконсультированы врачами – офтальмологом, терапевтом, стоматологом – с целью своевременной диагностики и лечения соматических заболеваний и санации очагов инфекции. При наличии соматических заболеваний проводится консультация специалистов по профилю патологии.

— С какими наиболее распространенными патологиями беременности приходится чаще всего сталкиваться в своей практике врачу – акушеру-гинекологу?

— По статистическим данным, в 2024 году от общего числа заболеваний и состояний у беременных первое место занимает преждевременный разрыв плодных оболочек – 14,5 %, далее следует анемия беременных – 12,4 %, гестационный сахарный диабет – 10,7 %, слабость родовой деятельности – 7 %, гипертензивные заболевания – 4 %, дистресс плода – 3,1 %.

— Какие методы лечения используются при выявлении патологии беременности?

— Методы лечения в каждой конкретной ситуации зависят от выявленной патологии беременности и назначаются в соответствии с клиническими рекомендациями, >>>

НЕКОТОРЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ТРЕБУЮТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ СТАЦИОНАР И КРУГЛОСУТОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКОЙ, ИНОГДА И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Регулярный контроль артериального давления – важный шаг для профилактики серьезных осложнений, в том числе – преэклампсии



утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации. Иногда бывает достаточно провести коррекцию образа жизни, питания, ограничить употребление жидкости. В некоторых случаях требуется медикаментозная коррекция состояния лекарственными средствами, прошедшими регистрацию в Российской Федерации и разрешенными к применению во время беременности. Некоторые патологические состояния во время беременности требуют госпитализации в специализированный стационар и круглосуточного наблюдения за беременной пациенткой, иногда и родоразрешения.

На сегодняшний день разработаны клиентские пути по ведению нормальной беременности и бесплодия, а также в процессе разработки находятся клиентские пути по МРТ плода и по ряду гинекологических нозологий,

по осложненной беременности, которые будут включать «путь» пациента при наличии той или иной патологии.

— Есть ли специализированные центры, которые ведут беременность у женщин с той или иной патологией?

– В Москве уже открыты пять центров женского здоровья, имеющие в своем штате в том числе врачей-эндокринологов, врачей-терапевтов для проведения диагностики и лечения профильных заболеваний и состояний. В соответствии с новым московским стандартом центры женского здоровья – это мощнейшие центры компетенций, которые входят в структуру крупнейших



Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ

многопрофильных больниц. Для пациенток обеспечена так называемая «бесшовная» маршрутизация из центра женского здоровья в роддом или перинатальный центр, или в многопрофильную больницу. Здоровье женщины находится в руках одной команды профессиональных врачей. На данный момент уже введены в эксплуатацию и работают по новому стандарту пять центров женского здоровья: при ГКБ № 31 имени Г. М. Савельевой, ГКБ имени А. К. Ерамишанцева, ГКБ № 15 имени О. М. Филатова, два центра женского здоровья при ГКБ № 67 имени Л. А. Ворохобова.

При необходимости в дополнительной консультации пациентки направляются в КДО акушерских стационаров, согласно установленному в городе Москве принципу маршрутизации. При наличии патологии со стороны сердечно-сосудистой системы – в ГКБ № 15 имени О. М. Филатова, при наличии трансплантированных органов – в ГКБ № 52, при патологиях мочевыделительной системы – в ГКБ имени А. К. Ерамишанцева, при онкологических заболеваниях – в ММКЦ «Коммунарка» и т. д. При наличии

ЗА 2024 ГОД ПОЧТИ 72 % (В 2023 ГОДУ – 69 %) ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В МОСКВЕ ПРОИЗОШЛИ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ, ЧТО ГОВОРИТ О НАЛАЖЕННОЙ СИСТЕМЕ МАРШРУТИЗАЦИИ

диагностированных врожденных пороков развития плода пациентка консультируется в клинично-диагностическом отделении и далее родоразрешается в перинатальных центрах с последующей транспортировкой новорожденного в детскую больницу по профилю патологии. Родоразрешение всех пациенток на недоношенном сроке проводится в перинатальных центрах, где имеется возможность оказания полноценной реанимационной помощи новорожденному, а также возможность наблюдения и лечения ребенка на втором этапе выхаживания. За 2024 год почти 72 % (в 2023 году – 69 %) преждевременных родов в Москве произошли в перинатальных центрах, что говорит о налаженной системе маршрутизации. 

▲ В перинатальном центре врачи используют самые современные методы диагностики и наблюдения за здоровьем мамы и малыша

Мероприятия по охране здоровья плода

Даже если беременность протекает благоприятно, у ребенка (к счастью, нечасто) могут быть какие-то пороки развития, генетические нарушения. И выявить это надо как можно раньше. Именно поэтому в Клиентском пути «Нормальная беременность» предусмотрен ряд диагностических процедур, которые проводятся кабинетах и отделениях антенатальной охраны здоровья плода.



Валериан Шамугия, заведующий отделением антенатальной охраны плода Городской клинической больницы № 67 имени Л. А. Ворохобова, врач акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, к. м. н.

— Валериан Валерианович, какие мероприятия по охране здоровья плода проводятся в период беременности?

— Мероприятия, связанные с охраной здоровья материнства и детства, заложены в действующем приказе Минздрава России № 1130н от 20.10.2020 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». В нем определены основные мероприятия, направленные на профилактику осложнений, которые могут возникнуть в период беременности. Единый алгоритм дородовой диагностики пороков развития у плода внедрен во всех регионах Российской Федерации с 2009 года и имеет четкий алгоритм выполнения.

— На каких сроках беременной положено проходить обследование в кабинете антенатальной охраны плода?

— Сегодня всем беременным в обязательном порядке проводятся в строго регламентированные сроки два пренатальных скрининговых исследования. Скрининг часто сравнивают с процессом просеивания через сито. Задачей скрининговых исследований является максимальный охват беременных и выявление групп рисков развития тех или иных осложнений. Первый и второй пренатальные скрининги проходят в кабинетах антенатальной охраны плода.

Первое пренатальное скрининговое исследование проводится в первом триместре беременности с 11-й недели по 13 недель и 6 дней беременности. Мы его обычно называем ранний пренатальный скрининг. Поэтому очень важно встать на учет по беременности до 12 недель, чтобы успеть пройти его. Это комбинированный скрининг, который включает экспертное ультразвуковое исследование, направленное на корректировку срока беременности, оценку анатомии плода, маркеров хромосомной патологии и анализ крови на биохимические маркеры. Все результаты анализа закладываются в определенную, специализированную программу с последующим расчетом групп рисков.

Также в рамках первого скрининга мы определяем группы рисков беременных, у которых могут возникнуть осложнения, связанные с беременностью, такие как преэклампсия, задержка роста плода и преждевременные роды. В зависимости от того,



Фото: мос.ру

попала ли пациентка в ту или иную группу, проводятся определенные профилактические мероприятия.

Второй пренатальный скрининг проводится с 19 недель по 20 недель и 6 дней беременности. Это экспертное ультразвуковое исследование плода, в ходе которого доктор досконально оценивает анатомию плода с целью исключения пороков развития.

В зависимости от обнаруженной патологии у малыша беременная направляется к тому или иному специалисту. Если это высокий риск рождения ребенка с хромосомной патологией, то к врачу-генетику. Если у плода выявлен порок сердца, то к неонатальному кардиохирургу, если патология центральной нервной системы, например головного мозга, – к неонатальному нейрохирургу.

На сегодня эти два основных исследования позволяют нам до 22 недель установить серьезные диагнозы. Наша основная цель – снижение перинатальной и младенческой смертности и заболеваемости от врожденных пороков развития и хромосомных аномалий.

▲ Будущим мамам проводится исчерпывающий объем исследований, необходимый для сохранения здоровья малыша

— Как проводится медико-генетическое консультирование при высоком риске рождения ребенка с хромосомными аномалиями?

— В случае если пациентка после прохождения первого пренатального скрининга в кабинете антенатальной охраны плода попадает в группу высокого риска рождения ребенка >>>

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБНАРУЖЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У МАЛЫША БЕРЕМЕННАЯ НАПРАВЛЯЕТСЯ К ТОМУ ИЛИ ИНОМУ СПЕЦИАЛИСТУ. ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – К ВРАЧУ-ГЕНЕТИКУ

с хромосомной аномалией, она направляется в отделение антенатальной охраны плода. Сегодня в Москве у нас таких отделений два: в перинатальном центре ГKB № 67 имени Л. А. Ворохобова и в Центре планирования семьи ГKB имени С. С. Юдина.

В этих отделениях антенатальной охраны плода работают врачи – эксперты высочайшего уровня, которые повторно проводят ультразвуковое исследование плода и проводят перерасчет риска рождения ребенка с хромосомной патологией. Если у пациентки подтверждается высокий риск рождения ребенка с хромосомной аномалией, ее сразу же направляют на консультацию к врачу-генетику. В нашем отделении работают два врача этого профиля. Обычно у пациентки есть возможность попасть на консультацию в тот же день.

Во время консультации врач-генетик объясняет, что такое высокие риски. Надо всегда понимать, что высокий риск рождения ребенка с хромосомной патологией не означает, что он болен. Это только вероятность хромосомного заболевания. И для того чтобы нам этот риск подтвердить или исключить, пациентке рекомендуется проведение инвазивных методов исследования с забором плодного материала.

Если срок беременности до 14 недель, берутся ворсинки хориона, т.е. будущей плаценты. При сроке беременности 16 недель и более для исследования берут околоплодную жидкость. Забор материала осуществляется очень аккуратно и под контролем ультразвука. При этом мы не касаемся плода и не повреждаем его. Забранный биоматериал отправляется в единую централизованную цитогенетическую лабораторию Москвы, где проводится анализ.

Только после получения результатов анализа мы можем сказать, есть ли у ребенка генетическое заболевание. Инвазивная диагностика на сегодняшний день является единственным методом, который позволяет

подтвердить или опровергнуть наличие генетического заболевания во время беременности, при этом риск осложнений минимальный (0,5–0,6%).

— Какие решения принимаются по результатам генетических исследований?

— Наша задача – информировать семью о здоровье малыша, не более. Если мы выявляем хромосомный синдром с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка, согласно действующим приказам в Российской Федерации, у пациентки есть медицинские показания для прерывания беременности. Ей выдается соответствующее заключение о наличии показаний для этой операции. В этом случае решение о прерывании или пролонгировании беременности принимается пациенткой или семьей – это их право.

При наличии хромосомного диагноза или любого порока развития с благоприятным или неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья плода, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи мы обязаны проводить перинатальные консилиумы. На них мы объясняем семейной паре и будущей маме, какой порок мы выявили и каков дальнейший прогноз для этого ребенка. Подчеркну, что независимо от того, какая патология обнаружена, мы должны провести консилиум. Это обязательно при любом отклонении, не совсем укладывающемся в общепопуляционную норму.

— Кто из специалистов приглашается к участию в перинатальном консилиуме и какие вопросы выносятся на него?



Фото: НИИОЗММ

– На консилиуме обязательно присутствуют врач – акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик и специалист по профилю обнаруженного у плода заболевания. При выявлении порока сердца приглашается неонатальный кардиохирург, при обнаружении почечной патологии, связанной с нарушением строения ткани почки, приглашается неонатальный уролог, а при других заболеваниях почек – неонатальный нефролог. В случае заболевания опорно-двигательного аппарата участвует врач – неонатальный травматолог-ортопед, а при патологии лицевой части черепа – челюстно-лицевой неонатальный хирург.

Бывают случаи сочетанной патологии. Например, если у плода одновременно выявлены порок сердца и патология почек, то в состав консилиума входят неонатальный кардиолог и неонатальный нефролог.

— Учитывая специфику вашего отделения, вам, конечно, нередко приходится сталкиваться с аномалиями развития плода. Какие именно патологии встречаются чаще всего?

– В нашем отделении концентрируются случаи патологии из нескольких административных округов Москвы, к нам направляются беременные из кабинетов антенатальной >>>

▲ В процессе экспертного ультразвукового исследования плода доктор оценивает его анатомию для исключения пороков развития

ВЫСОКИЙ РИСК РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НЕ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО ОН БОЛЕН. ЭТО ТОЛЬКО ВЕРОЯТНОСТЬ ХРОМОСОМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

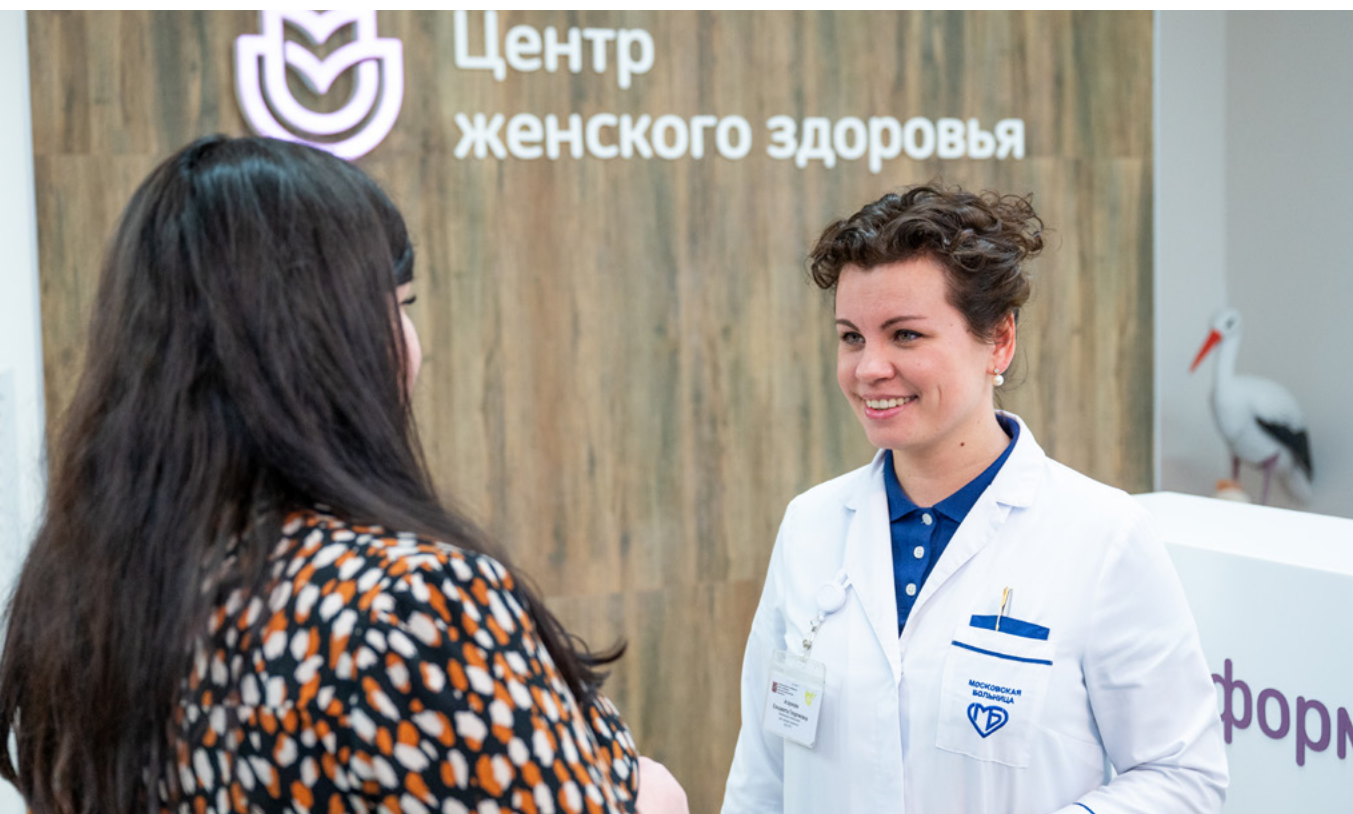


Фото: НИИОЗММ

▲
Внимание и забота персонала особенно нужны будущей маме

охраны плода при женских консультациях и центрах женского здоровья. Соответственно, с патологией мы сталкиваемся чаще, чем другие специалисты.

Чаще всего мы диагностируем синдром Дауна, который составляет примерно 65 % от всех диагностированных хромосомных аномалий, что соответствует общемировой статистике. Среди пороков развития наиболее часто встречается патология мочевыделительной системы, что также коррелирует с мировой статистикой. На втором месте находятся патологии сердечно-сосудистой системы, в частности, пороки сердца, а на третьем – пороки центральной нервной системы, чаще всего головного мозга. Намного реже встречаются деформации грудной клетки.

— Какие профилактические мероприятия проводятся для выявления патологий в ходе беременности?

— Помимо определения группы риска рождения ребенка с хромосомными и другими патологиями, мы также выявляем группу риска развития осложнений, связанных с беременностью. Одним из таких осложнений является преэклампсия, которая может привести к задержке роста плода и преждевременным родам. Преэклампсия – это состояние, которое может развиваться после 20 недель беременности, оно характеризуется повышением артериального давления, наличием белка в моче и отеками. Это может привести к полиорганной недостаточности у беременной, что нарушает нормальное развитие плода, увеличивает риск отслойки плаценты и преждевременных родов. Это состояние угрожает жизни и здоровью как ребенка, так и самой матери.

Скрининг на преэклампсию проводится также в рамках первого скрининга – одного из основных исследований во время беременности, которое осуществляется только в первом триместре. Поэтому так важно будущей маме как можно раньше встать на учет. Если по результатам первого скрининга



СРЕДИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ МОЧЕ-ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ. НА ВТОРОМ МЕСТЕ – ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, В ЧАСТНОСТИ, ПОРОКИ СЕРДЦА

мы выявляем высокий риск развития преэклампсии или задержки роста плода (иногда эти два риска могут сочетаться), обязательно назначается профилактический прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 150 мг с 12-й по 36-ю неделю, причем в непрерывном режиме и обязательно в одно и то же время вечером. Это значительно снижает риски развития тяжелой преэклампсии и выраженной задержки роста плода.

Кроме того, для постоянно зарегистрированных в Москве жительниц по грантовой программе мэра столицы уже шестой год реализуется проект по неинвазивному пренатальному тестированию (НИПТ) для будущих мам, входящих в группу риска, выявленных в ходе пренатального скрининга. В рамках этого проекта проводятся дополнительные молекулярно-генетические исследования супружеских пар для выявления возможных патологий внутриутробного развития у детей. Этот высокоточный скрининговый метод основан на исследовании внеклеточной фетальной ДНК в крови беременной и позволяет оценить риски хромосомных аномалий у плода.

— Расскажите о необычных случаях из вашей практики или практики ваших коллег, которые занимаются охраной здоровья плода.

— Ситуации бывают разные, иногда очень тяжелые, но я расскажу об одном поучительном случае.

К нам обратилась пациентка, которая встала на учет по беременности только на 26-й неделе. До этого срока она наблюдалась в какой-то клинике, не входящей в систему Департамента здравоохранения города Москвы. Она ждала дихориальную двойню, когда у каждого плода своя плацента.

Поначалу все было хорошо, но на 26-й неделе врачи сообщили ей, что с двойней что-то не так. Тогда она пришла в районную женскую консультацию, откуда ее направили к нам, в отделение антенатальной охраны плода. На УЗИ мы обнаружили близнецов, которые срослись грудной клеткой, брюшной полостью и тазом. Безусловно, в этой ситуации были все показания для прерывания беременности. Операция была проведена с помощью кесарева сечения, оставившего рубец на матке. Неизвестно, сможет ли эта женщина выносить еще одну беременность. Этот случай подчеркивает, что исследования плода должны проводиться высокопрофессиональными специалистами и на высококлассном оборудовании с хорошим разрешением. У нас, кстати, как в кабинетах, так и в отделениях антенатальной охраны плода, УЗИ-аппаратура только экспертного класса, что регламентировано действующим порядком. Рассматривать структуры в один-два миллиметра у плода, который сам имеет размер шесть сантиметров, невозможно без хорошей аппаратуры.

— Что бы вы хотели посоветовать женщинам, семейным парам, которые планируют рождение ребенка?

— Я бы посоветовал будущей маме, даже если у нее есть возможность пользоваться услугами частной медицины, все равно наблюдаться в Центре женского здоровья или в женской консультации. Я это советую всем своим знакомым. В Москве у нас прекрасная система здравоохранения, и мы проводим нашим будущим мамам исчерпывающий объем исследований, необходимый для сохранения здоровья ее и ее малыша. Это очень и очень важно! 

Внедрение пациенто-ориентированного подхода в родильном доме

Пациентоориентированность — одно из важнейших направлений развития московской медицины. Особое значение она приобретает в системе акушерско-гинекологической помощи в целом и в процессе родовспоможения в частности. Специфика и процесс внедрения этого подхода описаны на примере родильного дома Городской клинической больницы № 52.

Е. А. Сирина,
Городская клиническая больница № 52

Пациентоориентированность — необходимое условие

Пациентоориентированность — важная составляющая качественной медицинской помощи. Многочисленные исследования показывают, что она позволяет достичь лучшего сотрудничества (комплаентности) между врачом и пациентом, в результате повышается успех лечения^{1,2}.

Сейчас студентов медицинских вузов знакомят с пациентоориентированным подходом в рамках курса по биоэтике. Однако даже прошедшие курсы студенты и ординаторы

часто поверхностно понимают суть концепции, отмечают недостаток знаний и необходимость дополнительного обучения³. В среднем медицинском образовании вопросам пациентоориентированности либо практически не уделяется внимания, либо пока уделяется недостаточно, а ведь именно на средний персонал ложится основная нагрузка по взаимодействию с пациентами.

Работа по внедрению пациентоориентированности в ГКБ № 52 была начата в ноябре 2023 года под руководством консультанта по организационному развитию и психолога Татьяны Шубенковой. Программа

1 Safran D.G., Taira D.A., Rogers W.H., Kosinski M., Ware J.E., Tarlov A.R. Linking primary care performance to outcomes of care. J Fam Pract. 1998 Sep 47(3): 213–20.

2 Kaplan S.H., Greenfield S., Ware Jr. J.E. Assessing the effects of physician–patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989 Mar 27(3 Suppl.): S110–27.

3 Мыльникова И. С., Мыльникова М. А., Школьников Е. Э. Отношение молодых врачей к пациентоориентированности при оказании медицинской помощи // Медицинская этика. 2024. № 4. С. 22–26.



Фото: НИИОЗММ

К РОДДОМАМ ОТНОШЕНИЕ ВСЕГДА ОСОБОЕ, ЗДЕСЬ РОЖДАЕТСЯ НОВАЯ ЖИЗНЬ, ЛЮДИ ПРОЖИВАЮТ СЧАСТЛИВЫЕ МОМЕНТЫ. С РОДДОМА НАЧАЛОСЬ ОРГАНИЗОВАННОЕ ВНЕДРЕНИЕ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ В ГКБ 52.

включала тренинги для врачей и медицинских сестер (детских сестер и акушерок), руководителей отделений, в том числе направленные на улучшение взаимодействия между заведующим отделением и старшей медицинской сестрой. На данный момент полностью прошли обучение врачи и средний персонал отделения для новорожденных и акушерского физиологического отделения роддома (около 80 человек). Продолжается обучение врачей отделения патологии беременности. Обучение руководителей прошло в отделениях роддома и стационара, поскольку поддержка изменений со стороны руководства критически важна.

Фундаментальные основы пациентоориентированности

В основе пациентоориентированности лежит биопсихосоциальная модель, которая признает важность не только биологических, но и социальных и психологических факторов при осуществлении любой человеческой деятельности и взаимодействия между людьми.

В медицине движение к пациентоориентированности идет с разных сторон, ее принципы и условия изучаются в психологии, деонтологии, биоэтике, организации здравоохранения, в теории организационной культуры, социальной работе.

▲ Работа в отделении новорожденных требует не только высокой квалификации, но и любви к своему делу





ТАТЬЯНА ШУБЕНКОВА

“ ОСНОВНАЯ ТРУДНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ПОДХОД ТРЕБУЕТ НЕ ТОЛЬКО ЗНАКОМСТВА С ТЕОРИЕЙ, НО И ОТРАБОТКИ НАВЫКОВ ПРИМЕНЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ КОРРЕКТИРОВКИ КАК УСТОЯВШИХСЯ ПРАКТИК, ТАК И САМОГО МЫШЛЕНИЯ СОТРУДНИКОВ “

Считается, что первое описание биопсихосоциальной модели, как и введение самого термина «пациентоориентированность», принадлежит Карлу Рэнсу Роджерсу (Carl Ransom Rogers) – одному из основателей гуманистической психологии. В работе, вышедшей еще в 50-годах прошлого века, он писал о том, что возможности человека бороться с болезнью (а также оставаться здоровым) существенно возрастают, если он получает психологическую и социальную поддержку⁴. Множество подтверждений справедливости этого утверждения было получено в ходе исследований, проведенных во время пандемии COVID–19⁵.

Все три уровня (биологический, психологический и социальный) необходимо принимать во внимание при решении медицинских задач, а значит, важно учитывать целый комплекс условий.

- Несмотря на возможность и необходимость выделения общих правил, психологическая и социальная составляющие индивидуальны: люди различаются по психотипу (темпераменту, особенностям функционирования нервной системы, особенностям восприятия, обработки и передачи информации), обстоятельствам жизни, воспитанию и образованию, культурным установкам и ценностям. Опытные врачи знают, что для мотивации пациента к лечению одному нужно жестко описать последствия

отказа от него, другого, наоборот, успокоить, третьему дать максимум информации и предоставить возможность самому сделать вывод. Различаться может и само отношение к медицинской проблеме: сложный перелом по-разному воспримут профессиональный спортсмен и человек, занимающийся офисной работой⁶. Еще в 80-х годах прошлого века российские (советские) психиатры А. Е. Личко и Н. Я. Иванов выделили 12 типов пациентов, по-разному реагирующих и действующих в ситуации болезни, разработанный ими опросник и сейчас используется психиатрами и психологами в медицинских организациях⁷. Большинство(!) типов, не имея дополнительной поддержки, демонстрируют не рациональное поведение, на которое рассчитана система оказания медицинской помощи, а прежде всего акцентируются на различных (и часто деструктивных) способах совладания с эмоционально чувствительной ситуацией.

- Биопсихосоциальная модель применима как к пациентам, так и к самим медикам. Медицинский персонал нуждается в психологической и социальной поддержке не менее, чем пациенты. Как и все представители «помогающих» профессий, медики подвержены профессиональному выгоранию, которое приводит к потере эмпатии и сочувствия, восприятию пациента не как субъекта, а как объекта медицинских действий⁸.

4 Rogers C.R., Carl R. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Houghton Mifflin, 1951.

5 Дорофеев В.Ю. (ред.) Эффект матового стекла. Книга о вирусе, изменившем современность, о храбрости медработников и о вызовах, с которыми столкнулся мир. Эксмо, 2022.

6 Mead N., Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science and Medicine. 2000; 51: 1087–1110.

7 Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005.

8 Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2025.



Фото: НИИОЗММ

Участники тренингов в ГКБ № 52 учились заботиться о себе и осваивали приемы расслабления и преодоления стресса, разбирали принципы грамотной коммуникации не только с пациентами, но и с коллегами и со своими близкими.

- Пациентоориентированность требует преодоления так называемой патерналистской модели в отношениях медик – пациент. В ее основе, в частности, лежит «разрыв в компетентности»: врач или медицинская сестра (брат) обладают медицинскими знаниями, несопоставимыми со знаниями пациента, и в результате считают, что им принадлежит право решения. Сейчас в медицине внедряется модель «взаимного участия и разделения ответственности»⁹, которая предполагает участие пациента в принятии решений на основе полного информирования о пользе и рисках того или иного медицинского подхода. Как видно по результатам тренингов, проведенных в ГКБ № 52, сам факт выхода из привычной для многих медицинских сотрудников схемы отношений значительно улучшает коммуникацию.

- Пациентоориентированность – способ мышления, который меняет отношение к пациенту¹⁰. Если мультидисциплинарный подход в медицине можно описать знаменитой фразой, приписываемой Гиппократу, «лечить не болезнь, но больного», то формула пациентоориентированного подхода – «лечить не больного, а человека».

- Биопсихосоциальную модель и пациентоориентированный подход можно назвать элементами новой парадигмы в медицине, которая в принципе меняет роль медицинского работника. Механистическая модель медицины, ориентированная на заболевание, часто отводит ему техническую роль – выполнить обследование, манипуляцию, назначить схему лечения. Рутинизация процессов способствует профессиональному выгоранию, в то время как эмпатическая связь с пациентом позволяет достичь большей вовлеченности и большей удовлетворенности от работы, что служит протект-фактором¹¹. Исследования эмоционального состояния сотрудников в ГКБ № 52 это подтверждают¹².

▲
Комната
для релаксации
в отделении
родильного
дома

9 Mead N., Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science and Medicine. 2000; 51: 1087–1110

10 Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. J R Coll Gen Pract. 69;17: 269–76.

11 Duggan P.S., Geller G., Cooper L.A. & Beach M.C. The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”? Patient Education and Counseling. 2006; 62(2): 271–76.

12 Богдан И. В., Маленкова Н. Л., Малышева Е. С., Праведников А. В., Сирина Е. А., Чистякова Д. П. Сотрудники многопрофильных стационаров в условиях пандемии covid-19: условия работы, лояльность и эмоциональное состояние // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № S2.



Фото: НИИОЗММ

▲
В комнате
для релаксации
предусмотрено
оборудование
для разгрузки
спины и зарядки

- С практической точки зрения при внедрении изменений важны не только длительность и постоянство, но и доверие к специалисту. Консультант и/или тренер, не знакомый с контекстом работы медицинского персонала, вызывает недоверие сотрудников вне зависимости от своей компетентности. Он должен понимать их работу не теоретически, а практически, вести диалог на одном языке. Прежде чем начать заниматься с акушерками отделения для новорожденных, Татьяна Шубенкова в течение нескольких недель ежедневно посещала отделение, погружалась в процессы вплоть до мельчайших деталей, участвовала в обходах, наблюдала работу медиков.

Внутренние исследования

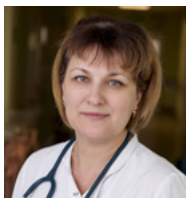
Исследования внутри медицинских организаций зачастую используются как средства контроля, однако это прежде всего инструмент развития – негативная информация указывает на узкие места, где необходимы

изменения. Соблюдение полной анонимности обязательно, как и конструктивный диалог в случае негативных результатов.

Исследование эмоциональных аспектов медицинской работы регулярно проводятся в ГКБ № 52 начиная с 2020 года. Задачей масштабного исследования, проведенного в стационаре при поддержке НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента, стала оценка эмоционального состояния сотрудников во время пандемии COVID-19 и факторов влияния на него (материальных и нематериальных). Оценивалась их связь со степенью выгорания сотрудников и лояльностью сотрудников к медицинской организации¹³.

Сейчас исследования эмоционального фона в коллективе последовательно проводятся в разных отделениях стационара, оцениваются те же показатели, дополнительно – причины конфликтов, взаимодействие между врачами и средним медицинским персоналом, стиль руководства отделением. Здоровая атмосфера в коллективе – одна из фундаментальных основ для внедрения пациентоориентированного подхода. По мнению Татьяны Шубенковой,

¹³ Богдан И. В., Маленкова Н. Л., Малышева Е. С., Праведников А. В., Сирина Е. А., Чистякова Д. П. Сотрудники многопрофильных стационаров в условиях пандемии covid-19: условия работы, лояльность и эмоциональное состояние // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № S2.



ИРИНА СОЛОВЬЕВА

“ ВРАЧИ И СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ – ПРОФЕССИОНАЛЫ, У МНОГИХ СОТРУДНИКОВ МНОГОЛЕТНИЙ СТАЖ. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ ПОДТВЕРЖДАЮТ ТЕСТЫ, КОТОРЫЕ МЫ РЕГУЛЯРНО ПРОВОДИМ. ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ТАКЖЕ ВЫСТРОЕН В ОТДЕЛЕНИИ ХОРОШО, ЭТО ПОСТОЯННО ПОКАЗЫВАЮТ ПРОВЕРКИ ”

результаты исследований эмоциональной атмосферы в коллективе коррелируют с проблемами, которые выявляются в ходе последующей глубинной психологической работы на тренингах, а результатом их проработки становится улучшение показателей.

Именно результаты исследования стали поводом для беспокойства заведующей одного из отделений роддома, при этом претензий к профессионализму и медицинским навыкам сотрудников не было. *«Высокий уровень профессиональных навыков подтверждают тесты, которые мы регулярно проводим. Лечебный процесс также выстроен в отделении хорошо, это постоянно показывают проверки. Однако возникали проблемы, и которые осознавали мы сами, и которые были выявлены в ходе исследования. Жалобы пациенток, «выгоревшие» сотрудники, которые увольняются, осознавая, что они больше не могут справляться со своими обязанностями, – все это очень обидно. Мы стали искать причины»,* – рассказывает заведующая отделением для новорожденных, врач-неонатолог, обладатель статуса «Московский врач» Ирина Соловьева.

Главный врач ГКБ № 52, д. м. н. Марьяна Лысенко, к которой она обратилась за помощью, предложила провести в отделении работу с профессиональным консультантом, психологом. Несмотря на первоначально скептический настрой заведующей и сотрудников, результат превзошел ожидания: *«Оказалось, что психологическая подготовка сотрудников – то самое слабое звено в нашей работе, починка которого изменила очень многое».*

После проведения тренингов также были проведены исследования для оценки проделанной работы. Во многих случаях для значимых изменений нужно время – практики меняются постепенно, психологическая работа продолжается в сознании людей и после

окончания тренинга. В данном случае изменения были заметны сразу. Помимо анкетирования, были проведены глубинные интервью с участниками. Эти данные используются в статье.

Проект «Роддом – дом, где живет любовь»

К роддомам отношение всегда особое, здесь рождается новая жизнь, люди проживают счастливые моменты. С роддома, филиала больницы, началось организованное внедрение пациентоориентированности в ГКБ № 52.

Основная задача коммуникации с роженицами ложится на плечи акушеров и детских медицинских сестер, медицинские сестры отделения новорожденных стали первыми участниками тренинга.

Для занятий была выделена комната с компьютером, камерой. *«Подробно разбирали все конфликтные ситуации, возникающие в работе, разыгрывали их в лицах: кто-то играл роженицу, кто-то сестру. Снимали на камеру, смотрели, обсуждали. Было и грустно, и смешно. Разбирали ошибки, отрабатывали новые стратегии поведения. И оказалось, что метод дает результаты, все получается»,* – рассказывает Елена Летюшева, старшая медицинская сестра отделения для новорожденных.

«Эмпатия, которой мы учимся в ходе тренингов, и создает особую атмосферу взаимодействия, и рождается в соответствующей атмосфере. Поэтому очень важно, чтобы тренинги проходили в игровой, дружелюбной и радостной атмосфере, чтобы участники ощущали свою ценность и ценность того, что делают», – говорит консультант Татьяна Шубенкова.

Проект получил название «Роддом – дом, где живет любовь», и он не заканчивается с окончанием тренингов. Конкурс «Грудничковых фей» для медицинских сестер >>>



ЕЛЕНА ЛЕТУШЕВА

“ ПОДРОБНО РАЗБИРАЛИ ВСЕ КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РАБОТЕ, РАЗЫГРЫВАЛИ ИХ В ЛИЦАХ: КТО-ТО ИГРАЛ РОЖЕНИЦУ, КТО-ТО СЕСТРУ. СНИМАЛИ НА КАМЕРУ, СМОТРЕЛИ, ОБСУЖДАЛИ. БЫЛО И ГРУСТНО, И СМЕШНО. РАЗБИРАЛИ ОШИБКИ, ОТРАБАТЫВАЛИ НОВЫЕ СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ. И ОКАЗАЛОСЬ, ЧТО МЕТОД ДАЕТ РЕЗУЛЬТАТЫ, ВСЕ ПОЛУЧАЕТСЯ ”

отделения новорожденных стал частью проекта¹⁴. Он стартовал в феврале 2024 года как соревнование четырех смен медицинских сестер. В день выписки женщинам, наблюдавшимся в отделении, раздавали сердечки и просили опустить их в конверт той смены, которую считают лучшей, а также написать на сердечке имя сестры, которая понравилась больше всего. Ежемесячно определялась и продолжает определяться лучшая смена, она получает переходящую волшебную палочку, корону и небольшую денежную премию. «Грудничковая фея» – детская медицинская сестра, получившая больше всех сердечек, определяется раз в три месяца, звание «Грудничковой феи» остается за ней навсегда.

«Мы действительно почувствовали себя феями. А если ты фея, то не будешь обижаться на то, что молодая мама нервничает и ведет себя агрессивно. Она просто волнуется и боится, и ты помогаешь ей преодолеть волнение и страх», – рассказывает «Грудничковая фея Весны» Наталья Приезжева, палатная медицинская сестра отделения для новорожденных.

В акушерском физиологическом отделении, где тренинг проходил следующим, лучшей смене акушеров вместо сердечек давали звездочки. Пациенты определяли самую сердечную акушерку и самого теплого и внимательного врача – акушера-гинеколога.

Преодоление скепсиса и приверженность изменениям

«Насмешки над первопроходцами – дело обычное. Коллеги из других отделений хихикали, когда мы оформляли стенды с портретами сестер к конкурсу Грудничковых фей, вешали конверты, куда мамы должны были класть

сердечки. Сейчас никто уже не иронизирует, все хотят такие же результаты», – говорит Ирина Соловьева.

«Сначала идея заниматься с психологом мне не понравилась, у нас много работы, а это дополнительное время», – рассказывает Наталья Приезжева.

Пациентоориентированность требует заботы сотрудника о себе

«Если врач или сестра не будет заботиться о себе, о своем эмоциональном состоянии, ничего с пациентоориентированностью не выйдет», – говорит Татьяна Шубенкова. У акушеров и детских сестер нагрузки большие, в том числе чисто физические. Однако, вернувшись после смены домой, они часто сразу погружаются в семейные и домашние дела. Но чтобы полноценно восстановиться, необходимо личное время. «Распоряжение о заботе», созданное, отпечатанное и подписанное президентом больницы и заведующим отделением, было выдано каждой сестре, с ним попросили ознакомить и близких. А от сотрудницы требовалось в любой форме отчитаться о его выполнении, например, показать видео прогулки в парке, фотографию новой стрижки, рассказать, как они отдыхали после тяжелых ночных смен. Сестры и акушерки, прошедшие тренинг, подтверждают эффективность такого подхода и рассказывают забавные истории о том, как мужья и дети (часто не без сопротивления) приняли новый порядок.

В роддоме был создан кабинет психологической и физической разгрузки, где каждая сестра или акушерка должна проводить не менее 15 минут в течение смены. Эту обязанность сотрудников, а также обязанность руководителей предоставлять на это время также

¹⁴ Официальный сайт ГКБ № 52. Доступно по ссылке: <https://www.52gkb.ru/press-tsentr/besedy-s-vrachom/2296-profilaktiruem-vygoranie-sozdaem-komfortnuyu-sredu-konkurs-grudnichkovykh-fej-v-rodilnom-dome-gkb-52>



Фото: НИИОЗММ

ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГОВ ТАКЖЕ БЫЛИ ПРОВЕДЕНЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОДЕЛАННОЙ РАБОТЫ. ВО МНОГИХ СЛУЧАЯХ ДЛЯ ЗНАЧИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НУЖНО ВРЕМЯ – ПРАКТИКИ МЕНЯЮТСЯ ПОСТЕПЕННО, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРОДОЛЖАЕТСЯ В СОЗНАНИИ ЛЮДЕЙ И ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ТРЕНИНГА

зафиксировали в «распоряжении». В кабинете – зона отдыха, тренажеры, специальный коврик с валиками для разгрузки спины, а также музыка для релаксации, телевизор исключительно с программами для отдыха и отличный массажер для уставших ног сестер и врачей. Упражнения и техники релаксации предварительно изучены вместе со психологом.

Эмпатия как ключ к экологической коммуникации.

Описать пациентоориентированность можно разными словами. Татьяна Шубенкова использует выражение «экологичная коммуникация». Основной принцип экологичности врачи выучивают вместе с клятвой Гиппократова – «Не навреди». Чтобы не навредить человеку, природе, отношениям, надо понять зоны риска и действовать в них очень аккуратно.

«С медицинскими сестрами и акушерками мы изучаем, например, как «экологично» отказать, не портя отношения, ответить на замечание старшего по должности, чтобы соблюсти

субординацию и не потерять чувства собственного достоинства, говорить по существу и оставаться при этом спокойным. Настолько же важно для руководителя уметь «экологично» разговаривать с подчиненным, особенно в ситуации конфликта, добиться, чтобы сотрудник услышал и понял, но не обиделся», – объясняет консультант Татьяна Шубенкова.

На тренингах, в ходе ролевых игр, прорабатываются ситуации из реальной практики участников. *«Важно не только усвоить конкретные алгоритмы, но и научиться проявлять эмпатию. Эмпатия – это ведь не простая вежливость, а умение поставить себя на место другого», – подчеркивает Татьяна Шубенкова*

Конфликтов между сотрудниками отделений после тренингов стало существенно меньше, это фиксируют опросы.

Ролевые игры, в которых одна из сотрудниц разыгрывала роль акушерки или медицинской сестры, а другая – роль роженицы, по словам сотрудниц, очень помогли лучше понять пациенток. *«Женщины после родов, особенно >>>*

▲ Медицинские сестры терпеливо объясняют молодым мамам разные нюансы ухода за новорожденным



НАТАЛЬЯ ПРИЕЗЖЕВА

“ У НАС ХОРОШИЙ КОЛЛЕКТИВ, МЫ УВАЖАЕМ И ЦЕНИМ ДРУГ ДРУГА, НО НА ТРЕНИНГАХ СТАЛО ПОНЯТНО, ЧТО ИНОГДА КОНФЛИКТЫ ВОЗНИКАЛИ ИЗ-ЗА НЕДОПОНИМАНИЯ. ТОРОПИШЬСЯ ВЫПОЛНИТЬ СВОЮ РАБОТУ И СЧИТАЕШЬ, ЧТО НЕТ ВРЕМЕНИ НА ОБЪЯСНЕНИЯ. ПСИХОЛОГИЯ УЧИТ, ЧТО И ОБЪЯСНЯТЬ НУЖНО, И СЛУШАТЬ ДРУГОГО ВАЖНО ”

первых, находятся в состоянии стресса: они еще до конца не оправились, а надо заботиться о малыше, у них новый этап жизни, они беспокоятся, что не справятся, с ними нет рядом родных. Отсюда тревожность, иногда агрессивность, непонимание того, что медицинским сотрудникам кажется очевидным», — объясняет Ирина Соловьева. «С медицинскими задачами, которые хорошо известны, а алгоритмы действий описаны, акушерки и сестры отлично справляются. Но у них есть и другая очень важная для самочувствия женщины задача — быть сердечной, теплой, заботливой и внимательной», — говорит Татьяна Шубенкова. И предлагает представить, что пациентка — сестра, подруга, дочь.

«За столько лет работы думала, что знаю в своем деле все, но оказалась, что нет. Мы всегда беспокоились в первую очередь о детях, но психолог научила нас больше обращать внимание на мам. Например, раньше, когда проводили процедуры с ребенком, смотрели только на ребенка. Теперь смотрим на маму, обращаемся к ней, глядя в глаза объясняем, что делаем. И сразу возникает доверие, контакт, начинаем понимать друг друга с полуслова. Таких нюансов в общении с роженицами

много. Мы не всегда понимали, как непросто мамам», — подтверждает «Грудничковая фея» Наталья Балоболочева, палатная медицинская сестра и специалист по грудному вскармливанию отделения для новорожденных.

«Мы все любим детишек и, думаю, отлично умеем с ними работать. Но вот на состояние мамы не всегда обращали внимание, были заняты детьми. И когда тебе по десять раз задавали один и тот же вопрос, это раздражало. Психолог помогла взглянуть на ситуацию по-другому, с точки зрения мамочек, которые волнуются, переживают и просто многого не знают. И удивительно, сразу начинаешь находить для женщин другие слова, тебя понимают сразу, меньше переспрашивают», — говорит Светлана Тушнолобова, палатная медицинская сестра отделения для новорожденных.

Подобное непонимание встречается и у врачей. Например, сложная ситуация, которую попросили проработать Татьяну: маму с ребенком необходимо перевести в детскую больницу, для того чтобы малыш прошел дополнительное лечение и получил консультации профильных специалистов. Бывает, женщины отказываются, потому что хотят, чтобы их празднично, с цветами и шариками встретили родные, и отправить домой, и по-человечески это понятно. Но жизненные показания малыша требуют другого, и тогда врачам приходится ее уговаривать. «Если понять огорчение женщины, причины ее сопротивления (устала, дома ждут близкие, кто-то из родных взял отпуск, приехал из другого города, чтобы встретить и помочь), нужные слова находятся, и убедить, как правило, удается», — рассказывает Ирина Соловьева.

Психологическая компетентность начинается с осознанности

Занятия включали знакомство с элементами теории, которую применяли, разбирая примеры.

Основная коммуникация с роженицей лежит на плечах акушерок и медицинских сестер детского отделения



Фото: НИИОЗМ



СВЕТЛАНА ТУШНОЛОВА

“КАК И МНОГИЕ ДРУГИЕ СЕСТРЫ, ОТНЕСЛАСЬ К ЗАНЯТИЯМ С ПСИХОЛОГОМ НЕСЕРЬЕЗНО, МЫ НЕ ПОНИМАЛИ, ЗАЧЕМ ЭТО НУЖНО, ВОРЧАЛИ МЕЖДУ СОБОЙ. НО ПРОХОДИЛА ВСТРЕЧА ЗА ВСТРЕЧЕЙ (МЫ СОБИРАЛИСЬ КАЖДУЮ НЕДЕЛЮ), И ОТНОШЕНИЕ МЕНЯЛОСЬ “

Сбор кейсов (не менее 7 в неделю) – одно из «домашних заданий» для участников тренингов. «Важна привычка к осознанию себя и своих действий, ведь многие наши реакции происходят на автомате. Транзактный анализ Эрика Берна позволяет увидеть позицию, из которой мы реагируем на партнера по коммуникации – «взрослый», «родитель» или «ребенок», – рассказывает психолог Татьяна Шубенкова.

Выявление позиций позволило увидеть, что частая причина конфликтов с пациентками – принятая на себя медиком позиция «родителя», более знающего, поучающего, снисходительного, т. е. упомянутая выше «патерналистская модель» отношений. Если же пациентка раздражается, сестра или акушерка оказывается в позиции «обиженного ребенка», ведь она хотела «как лучше». «Конструктивная коммуникация – это отношения «взрослый – взрослый» признание равенства партнеров и взаимное уважение», – объясняет Татьяна. Осознание позиции, привычка ее анализировать, позволяет изменить поведение или по крайней мере увидеть ошибку.

«Сложности в общении с пациентками у сестер часто возникали из-за того, что они ощущали себя „золушками“. Но если приходит понимание причин поведения пациентки, приходит осознание, что ты не “золушка”, а фея, которая может помочь, успокоить и очень сильно повлиять на состояние женщины. А кроме того, ты берешь новорожденного и можешь сказать ему те самые волшебные слова у изголовья. Например: «Мир улыбался, когда ты родился! Мы все тебя ждали. Тебя ждет потрясающее будущее». Слова ведь имеют огромное значение. Ты творишь для них чудеса, как в той самой сказке. Отсюда и название конкурса «Грудничковая фея», – рассказывает Татьяна Шубенкова.

Результаты программы

Результаты проделанной работы видны в комментариях сотрудников. Объективный

показатель – снижение жалоб пациенток отделений, где прошли тренинги, как минимум на 30 %. Пребывание в медицинском учреждении, пусть даже из-за такого счастливого события, как рождение ребенка, – ситуация сильного стресса. «Бывают просто взаимоотношения, включающие претензии; одна женщина жалуется, что к ней редко подходят, другая, что подходят часто и мешают спать», – объясняет старшая сестра Елена Летюшева. Пациентоориентированный подход позволяет, с одной стороны, снизить стресс, с другой – увидеть проблемы и дополнительно убедиться, что все сделано правильно. «Мы ввели чек-листы, где фиксируются все действия сотрудников (например, обучение пеленанию, принципам грудного вскармливания). Их обязательно подписывают и роженица, и медицинская сестра», – рассказывает Летюшева.

По результатам обучения и анализа наиболее часто встречающихся проблем в коммуникации медиков и пациентов Татьяна Шубенкова разработала методические пособия по пациентоориентированному подходу для разных групп персонала – акушеров, детских сестер, неонатологов, врачей – акушеров-гинекологов. Они включают примеры и описания конкретных схем взаимодействия (скрипты) в сложных ситуациях.

2025 год в ГКБ № 52 объявлен Годом эмпатии. Продолжаются занятия по пациентоориентированности с сотрудниками других отделений, ведется активная работа со старшими медицинскими сестрами всего стационара, готовится проект по профилактике профессионального выгорания.

Пациентоориентированность – элемент новой парадигмы оказания медицинской помощи, в которой признается, что не только медицинские знания и навыки, но и психологическая компетентность и эмпатия являются профессиональным требованием к медицинскому работнику. 

Особенности ведения родов и послеродового периода

Роды и первые часы и дни после них – один из самых значимых и, безусловно, очень волнующих периодов в жизни каждой женщины, даже если она прошла этот путь не единожды. Насколько все успешно сложится, зависит не только от здоровья мамы, но и от правильных действий врачей – акушеров-гинекологов и среднего персонала, которые их ведут.



Мария Пониманская, заместитель главного врача по акушерско-гинекологическому профилю, руководитель перинатального центра Городской клинической больницы № 67 имени Л. А. Ворохобова, к. м. н.



Фото: НИИОЗММ



— Мария Александровна, каковы основные этапы современных естественных родов и что происходит на каждом из них?

— Роды делятся на три периода. В первом периоде происходит раскрытие шейки матки. Он начинается с момента наступления регулярных схваток и заканчивается полным открытием шейки матки. Во втором периоде, или периоде изгнания, головка плода опускается в малый таз и происходит непосредственно рождение ребенка. Третий период — послесловый, самый короткий период родов, но также значимый, в ходе него происходит рождение последа.

Первый период родов — самый длительный, в нем выделяют две фазы: латентную и активную. Длительность латентной фазы родов у первородящей пациентки может составлять максимум 20 часов, у повторно-родящей — 14 часов. Активная фаза первого периода родов начинается с 5 см открытия шейки матки. Она характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более быстрым раскрытием.

Чаще всего будущие мамы поступают в акушерский стационар в латентную фазу родов, их осматривает врач — акушер-гинеколог в приемном отделении, там же при необходимости выполняется ультразвуковое исследование. Из приемного отделения роженица госпитализируется в родовое отделение, где проводится динамический контроль за состоянием малыша с помощью монитора кардиотокографии и, конечно, контроль за состоянием роженицы. Врач — акушер-гинеколог оценивает результаты лабораторных исследований, следит за состоянием роженицы и плода, определяет тактику ведения родов.

— Кто кроме врача находится в этот момент рядом с роженицей?

— Кроме врача — акушера-гинеколога основное наблюдение за пациенткой осуществляет



▲
Занятия в школе будущих мам — важная часть подготовки к родам

акушерка. Она выполняет назначения врача, контролирует показатели роженицы и плода. Во втором периоде родов акушерка почти непрерывно сопровождает пациентку, учит правильно дышать во время схваток, объясняет, как можно тужиться. В целом следует отметить, что современные роды чаще всего менее болезненные для женщин, чем, например, 30 лет назад.

— Какие методы обезболивания применяются сегодня при ведении родов? Доступны ли для рожениц медикаментозные виды обезболивания?

— Пациентам предлагаются как немедикаментозные, так и медикаментозные методы обезболивания родов. К немедикаментозным методам относятся свободное поведение, различные техники расслабления, такие как медитация, правильное дыхание в родах, массаж поясничной области, душ или ванная, ароматерапия, применение фитбола.

К медикаментозным способам контроля боли во время родов относятся нейроаксимальные методы обезболивания, или, проще говоря, эпидуральная анальгезия, когда >>>

◀
Чаще всего будущие мамы поступают в акушерский стационар в латентную фазу родов, их осматривает врач — акушер-гинеколог в приемном отделении



Фото: мос.ру

▲
Мама всегда рядом с малышом, это очень важно!

медикаменты вводятся в пространство вокруг спинного мозга. Благодаря этому болевые сигналы, поступающие в центральную нервную систему, блокируются. Медикаментозным обезболиванием родов занимается врач – анестезиолог-реаниматолог.

Кроме того, современная женщина имеет возможность прожить этот период совместно со своим партнером в любом роддоме города Москвы, что очень важно.

— По каким признакам врачи оценивают состояние матери и ребенка?

— Для того чтобы оценить состояние матери, проводится контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений, сатурации. Также врач осматривает пациентку, уточняет ее жалобы, выясняет анамнез, чтобы полноценно судить о состоянии здоровья матери. Что касается ребенка, то в родах проводится контроль при помощи кардиотокографии – метода, который в режиме онлайн показывает, как чувствует себя плод, требуется ли вмешательство.

Достаточно частым осложнением в родах является слабость родовой деятельности, дистресс плода, кровотечение в раннем послеродовом периоде. Для каждого осложнения у врачей существуют уже разработанные алгоритмы действия, отточенные внутри каждого коллектива, что позволяет не тратить время, а сразу начать поэтапно оказывать помощь пациентке и ребенку.

— Какие факторы могут повлиять на решение врачей о проведении кесарева сечения?

— У части пациенток показания к кесареву сечению определены еще до начала родов, например, в случае, когда существует механическое препятствие для рождения ребенка (поперечное положение плода, очень крупный ребенок, предлежание плаценты...) или когда заранее понятно, что кесарево сечение безопаснее вагинальных родов для матери или плода. Но у кого-то показания могут возникнуть уже в родах. Роды – это динамический процесс, огромное количество

всевозможных факторов может привести к тому, что врач поменяет план родов. Наиболее частыми показаниями к операции кесарева сечения в родах могут быть слабость родовой деятельности, клинически узкий таз, дистресс плода.

РОДЫ — ЭТО ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ОГРОМНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВСЕВОЗМОЖНЫХ ФАКТОРОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ТОМУ, ЧТО ВРАЧ ПОМЕНЯЕТ ИХ ПЛАН

— С какими послеродовыми осложнениями приходится чаще всего сталкиваться?

— Первое самое частое осложнение — это лактостаз, особенно у первородящих мамочек. Очень важно наладить правильный режим кормления. Достаточно часто пациентки сталкиваются с геморроем, реже с недержанием мочи. При наличии швов на промежности могут быть болезненные ощущения. Все эти неприятности обычно быстро проходят, в противном случае мы советуем нашим пациенткам обратиться к врачу.

Самым частым послеродовым осложнением является кровотечение. Для снижения риска кровотечения проводится целый комплекс мер: каждой женщины после рождения ребенка вводится инъекционный препарат окситоцин, который стимулирует сократительную деятельность матки. Акушерки и врачи в течение двух часов контролируют сокращение матки и оценивают объем кровопотери, только после этого, если все в порядке, пациентка переводится в послеродовое отделение вместе с ребенком. Совместное пребывание мамы с малышом в послеродовом отделении критически важно для снижения риска послеродовых осложнений и нормального становления лактации.

Реже после родов бывают инфекционно-воспалительные осложнения: мастит и эндометрит. Для раннего выявления признаков воспаления перед выпиской пациенткам проводят ультразвуковое исследование полости матки и берут анализ крови.

Редкое, но при этом очень опасное осложнение — тромбозы и тромбозмболии. Во время беременности активность свертывающей системы постепенно возрастает, достигая пика в момент родов, что повышает вероятность образования тромбов. Врачи у каждой пациентки оценивают риски этих осложнений и при необходимости

назначают лекарственную терапию препаратами из группы низкомолекулярных гепаринов. Пациенткам с варикозным расширением вен рекомендуется ношение компрессионных чулок.

— Когда могут проявить себя послеродовые осложнения и каковы их признаки?

— Осложнения сопровождают женщин чаще всего на вторые-третьи сутки после родов. Признаков достаточно много, и они индивидуальны для каждого осложнения. При лактостазе появляется боль в молочных железах, подъем температуры тела выше 37,5.

— На что стоит обращать внимание участковым врачам женской консультации, наблюдающим женщину после родов?

— При выписке из родильного дома женщины не рассказывают о тех «красных флагах», с которыми следует немедленно обратиться к врачу. Особое внимание нужно обращать на появление кровянистых выделений, повышение температуры тела, появление новой или усиление боли в промежности или в животе, одышку, боль в груди, отек или боль в нижних конечностях, повышение артериального давления.

На послеродовом визите врачу важно оценить эмоциональное состояние роженицы, не пропустить признаки послеродовой депрессии, а также обсудить с пациенткой вопрос контрацепции. Ведь маленький интервал между беременностями существенно увеличивает риски осложнений при следующей беременности.

Неонатальная служба столицы

Неонатолог – первый врач, который обследует новорожденного, оценивает состояние его здоровья. Нередко от его решений, уровня его компетенций зависит дальнейшая судьба ребенка. Как развивается неонатальная служба Москвы, какие технологии используют врачи этой специальности в своей работе?



Валерий Горев, главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач Морозовской детской городской клинической больницы, к. м. н.



Фото: мос.ру



— Валерий Викторович, как развивается неонатальная служба столицы в последние годы? Сколько в Москве центров для оказания специализированной помощи недоношенным детям?

— Неонатология – высококвалифицированная, высокотехнологическая специальность, а неонатологи – одни из самых клинически эрудированных специалистов, поскольку должны владеть знаниями о физиологии развития всех органов и систем, их участии в различных патологических состояниях. Примерно 10 % детей сразу после рождения может потребоваться эта высококвалифицированная медицинская помощь.

В столице создана уникальная инфраструктура для оказания медицинской помощи этим детям, которая сосредоточена в шести перинатальных центрах Москвы. То есть из 13 акушерских стационаров шесть – это высококласные, высокоспециализированные, высокотехнологичные перинатальные центры, в которых происходят 60 % родов.

Неонатолог – первый врач, который встречает ребенка в этой жизни. К счастью для этого врача, чаще всего он просто участвует в наблюдении за здоровыми детьми. Однако наиболее ответственная и сложная часть его работы – оказание медицинской помощи детям, которые рождаются раньше срока. Сегодня это около 6 % от всех родов в нашем городе. Именно неонатологи совместно с неонатальными реаниматологами включаются в работу с этими детьми.

Большинство анестезиологов-реаниматологов, которые ведут новорожденных, первоначально были неонатологами, но в дальнейшем специализировались в оказании интенсивной помощи и сегодня работают в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Через наши 13 акушерских стационаров проходит около 100 тысяч новорожденных в год. Еще 16 отделений патологии новорожденных в шести перинатальных центрах

и детских многопрофильных стационарах Москвы за год оказывают помощь 16 тысячам новорожденных. Часть детей поступают из акушерских стационаров, часть – по скорой из дома, в том числе новорожденные, которых переводят в наши высокоспециализированные отделения патологии со всей страны.

— Какие технологии используют сегодня неонатологи для спасения и выхаживания недоношенных детей, новорожденных с патологиями развития?

— Врачам-неонатологам сейчас доступны очень многие технологии. Во-первых, это технология гипотермии при тяжелой перинатальной асфиксии, когда ребенок >>>

Оказание помощи недоношенным детям требует от врачей очень высокой квалификации



Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ

▲
Врачам-неонатологам сейчас доступны очень многие технологии, которые позволяют эффективно оказывать помощь новорожденным при различных патологиях

охлаждается до температуры 33,5 °С, чтобы сохранить головной мозг и предотвратить гипоксию.

В экстренном порядке практически в любое время дня и ночи нам доступны технологии лечения оксидом азота при тяжелой легочной гипертензии, экстренная нейрохирургия и, что очень важно, экстренная кардиохирургия, поскольку часть врожденных пороков сердца являются критическими и могут потребовать коррекции буквально в первые часы жизни: здесь счет идет даже не на недели и дни, а именно на часы. Нам стала доступна почечная заместительная терапия. То, что раньше называлось искусственной почкой, теперь доступно новорожденному с самой малой массой тела, это позволяет выводить ребенка даже из тяжелой почечной дисфункции. Нам

стали доступны очень продвинутые и сложные методы поддержки дыхания. Аппараты, которыми мы сейчас пользуемся, применяют сложные математические алгоритмы, в том числе элементы машинного обучения. То есть прибор как бы учится подбирать, например, фракцию кислорода в зависимости от того, как пациент на нее реагирует.

Нам стал круглосуточно доступен очень широкий ультразвуковой скрининг. Практически любой реаниматолог сегодня может провести скрининговое и ультразвуковое исследование, чтобы определить какие-то критические отклонения. Да, он не ставит диагноз и не пишет заключение, но профессиональные компетенции врача-реаниматолога, который занимается новорожденным, предполагают, что он может быстро сориентироваться в ситуации и выполнить требуемые действия.

НАИБОЛЕЕ ОТВЕТСТВЕННАЯ И СЛОЖНАЯ ЧАСТЬ РАБОТЫ НЕОНАТОЛОГА — ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, КОТОРЫЕ РОЖДАЮТСЯ РАНЬШЕ СРОКА. СЕГОДНЯ ЭТО ОКОЛО 6 % ОТ ВСЕХ РОДОВ В МОСКВЕ



МЫ АКТИВНО ВНЕДРЯЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНУЮ МЕМБРАННУЮ ОКСИГЕНАЦИЮ (ЭКМО), ДОСТУПНУЮ ОЧЕНЬ НЕМНОГИМ ЦЕНТРАМ В МИРЕ

Важно, что все эти технологии доступны сейчас не только в стационаре, но и на этапах межгоспитальной транспортировки, она возможна как в условиях гипотермии, так и на фоне ингаляции оксида азота. Даже респираторная техника сейчас позволяет в транспорте проводить достаточно сложную респираторную поддержку, например пневмоперкуссионную высокочастотную вентиляцию. Эта технология спасает жизни и позволяет эвакуировать детей, которых еще 10 лет назад было невозможно транспортировать из родильного дома, чтобы обеспечить им необходимый уровень медицинской помощи.

— Какие еще технологии позволяют более эффективно оказывать помощь новорожденным при различных патологиях?

— Технология EXIT – технически сложный способ родоразрешения. Это операция кесарева сечения, при которой начинаются терапевтические реанимационные мероприятия при непересеченной пуповине. Она может быть актуальна при некоторых врожденных пороках развития, например, при тяжелых поражениях дыхательной системы, когда шансов на появление быстрого эффективного самостоятельного дыхания у ребенка нет. Мы можем стабилизировать ребенка, пока сохранен кровоток через плаценту. Таким образом, нам не нужно экстренно начинать вентиляцию легких, что дает небольшой запас времени и позволяет спасать пациентов. Мы активно внедряем экстракорпоральную мембранную оксигенацию (ЭКМО), доступную очень немногим центрам в мире.

Мы разрабатываем также организационные технологии. Например, мы значительно повысили безопасность пациента в реанимационных отделениях и отделениях патологии новорожденных. Этому служит стандартизация нашей деятельности – протоколов подготовки к вмешательству, проведения респираторной поддержки, парентерального

питания. Мы движемся к выверенной стандартной медицинской помощи и стандартным манипуляциям, которые сопряжены с меньшими рисками и большей успешностью.

— Какие диагностические процедуры сегодня проводятся новорожденным для выявления и профилактики различных заболеваний?

— Мы уже давно проводим неонатальный скрининг. Сначала он охватывал 4–5 заболеваний, сейчас мы можем по пяти каплям крови диагностировать огромный перечень состояний или выделять группы риска пациентов, у которых со временем могут развиваться наследственные обменные нарушения или тяжелые инвалидизирующие состояния, такие как спинальная мышечная атрофия (СМА). Ранняя установка таких диагнозов позволяет максимально рано начать терапию. Уже есть прецеденты, когда при СМА новорожденному вводится в спинномозговой канал препарат, избавляющий его от страшных последствий этого заболевания – атрофии мышц. Чем раньше мы это сделаем, тем выше вероятность того, что у ребенка не будут теряться нейроны в проводящей цепи, и тем выше шанс, что он не утратит моторные навыки, а будет только приобретать их. Очень вероятно, что когда-нибудь мы сможем не то чтобы совсем вылечить СМА, но сделать этих детей гораздо более адаптированными к жизни, более социализированными, сделать их жизнь более комфортной, спокойной и приятной. Человек рожден, чтобы быть счастливым, а не для того, чтобы мучиться.

Неонатальный скрининг позволяет диагностировать большое разнообразие обменных нарушений. При них тоже может быть специфическая терапия, которую следует начинать максимально рано. Например, при галактоземии терапию необходимо начинать буквально в первые, вторые, третьи >>>



Фото: мос.ру

▲
В таких инкубаторах выхаживают детей с низкой и экстремально низкой массой тела

сутки жизни. В противном случае у ребенка формируются очень тяжелые полиорганные нарушения.

В первые два-три дня жизни также выполняется скрининг на врожденные пороки сердца, которые не всегда проявляются в первые минуты и часы, а могут дать о себе знать в возрасте двух-трех недель, когда ребенок уже выписан из роддома, в виде острого критического ухудшения, когда, как правило, уже очень сложно что-то поправить.

Аудиологический скрининг также проводится в период новорожденности. Наличие у ребенка нормального слуха важно не только для того, чтобы он слышал, но и для того, чтобы он учился говорить. Если ребенок оказался в группе риска по тугоухости, с ним будут работать специалисты. Существует технология кохлеарной имплантации, когда ребенку до конца первого года жизни устанавливают специальный речевой процессор. Таким образом, он не выпадет из речевого круга, научится говорить так же, как все остальные, и не потеряет этот очень важный навык, необходимый для социализации.

Недоношенным новорожденным или тем, кто был прооперирован по поводу врожденных пороков сердца, может потребоваться вакцинация от респираторно-синцициальной вирусной инфекции. Именно эти дети входят в группу риска по ее развитию. Для взрослых она не страшна, и мы можем даже не знать, что ею болим. Но для недоношенных, особенно с экстремально низкой массой тела или тех, кто был оперирован по поводу врожденных пороков сердца, эта инфекция в первый год жизни является основной причиной госпитализации в реанимационное отделение и одной из частых причин летальных исходов. Поэтому уже готовясь к выписке из стационара, мы думаем о вакцинации и пассивной иммунизации ребенка от этой инфекции, чтобы снизить риски последующих заболеваний.

— Как влияет неонатальный период на здоровье ребенка в последующем?

— Неонатальный период программирует, если угодно, всю дальнейшую жизнь,



ПРАВИЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА НЕОНАТОЛОГИЮ, НА ТЕРАПИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ И ОЦЕНКУ ИХ ЗДОРОВЬЯ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОГНОЗИРОВАТЬ В ЦЕЛОМ ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА МНОГИЕ ГОДЫ ВПЕРЕД

особенно если речь идет о недоношенном новорожденном. Основная наша задача – проложить правильный маршрут для такого ребенка, то есть проводить интенсивную терапию выхаживания таким образом, чтобы решить имеющиеся проблемы и не создать новых. Если смотреть в будущее, то вся остальная медицина может прогнозировать свою загрузку, потребности и будущую работу, основываясь на неонатальной интенсивной терапии, на том, какие пациенты у нас есть, как они выживают, в каком возрасте и какие патологические состояния формируются. Здесь есть на что посмотреть кардиологам, потому что наши недоношенные пациенты находятся в группе риска по развитию артериальной гипертензии. Педиатры тоже должны быть настороже, так как у этих детей часто возникают эндокринные расстройства. Таким образом, правильный взгляд на неонатологию, на терапию новорожденных и оценку их здоровья позволяет прогнозировать в целом потребность в медицинской помощи на многие годы вперед.

— Что бы вы посоветовали будущим родителям, которые только готовятся к рождению ребенка?

– Здесь есть несколько ключевых моментов. Во-первых, обязательно нужно наблюдаться во время беременности. Это очень важно. Во время наблюдения проводятся ультразвуковые исследования, которые могут указать на наличие пороков развития плода. Есть хромосомные аномалии, которые можно заподозрить по ультразвуковой картине и при необходимости подтвердить или опровергнуть с помощью специфических исследований.

Ультразвук позволяет вовремя выявить порок развития и сразу же, еще до рождения

ребенка, госпитализировать маму в то учреждение, где ей и малышу может быть оказана грамотная помощь. Например, если установлен порок развития, требующий экстренной хирургии, беременная сразу должна оказаться в перинатальном центре, где новорожденному смогут выполнить необходимую операцию либо быстро перевести его в детский хирургический стационар. Во многом именно грамотное наблюдение будущей мамы программирует дальнейший путь ребенка.

Также в процессе наблюдения беременной на 35–37-й неделе обязательно должен быть выполнен скрининг на стрептококк. Основной возбудитель раннего неонатального, т.е. врожденного, сепсиса – бета-гемолитический стрептококк группы А, обычная микрофлора верхних дыхательных путей, которая, например, вызывает ангину. Для новорожденного ребенка эта инфекция может быть смертельной: вызвать пневмонию, менингит, сепсис. Но если мы знаем, что родовые пути мамы колонизированы стрептококком, мы готовы к тому, что ребенок входит в группу риска и может произойти сепсис, резкое ухудшение состояния. Он не выпадет из нашего поля зрения. Для мамы вмешательство не будет стоить ничего – это обычный мазок с шейки матки, но оно позволяет нам выделить группу риска и дальше с ней прицельно работать.

Кроме того, важно, чтобы мама шла в родильный дом не со страхом, а с позитивным настроем, с ощущением, что она идет к счастью. Ей очень важно обращать внимание на любые изменения в состоянии плода, на его шевеление. Мы знаем, что к 20-й неделе беременности мама, как правило, начинает чувствовать шевеления плода. Маме важно зафиксировать, есть ли движение и насколько оно интенсивно. Если вдруг в какой-то момент времени движения прекратились или стали реже, это повод >>>

ОЧЕНЬ ВАЖНО, ЧТОБЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ПРОХОДИЛИ В УЧРЕЖДЕНИИ, КОТОРОЕ К ЭТОМУ ГОТОВО. ПРИЧЕМ НЕ ТОЛЬКО С ТЕХНИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ. КЛЮЧЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЗДЕСЬ ИМЕЕТ ОПЫТ И КОМПЕТЕНЦИИ ПЕРСОНАЛА

для неотложных действий и обращения в ближайшее учреждение родовспоможения. Может быть, ничего не происходит, но женщину обязательно должен посмотреть акушер-гинеколог, чтобы проверить, есть ли сердечные сокращения и насколько они адекватны, не происходит ли что-то страшное и непонятное.

— Как проходит адаптация новорожденного к окружающей среде после родов?

— Первые минуты жизни новорожденного, ранний период адаптации — это, пожалуй, наиболее критическая точка в появлении ребенка на свет. В этот момент происходит огромное количество серьезных изменений. Такой серьезной перестройки дыхания и кровообращения за всю свою жизнь человек больше не испытывает. У него меняется легочный кровоток, появляется легочный газообмен, он начинает самостоятельно дышать легкими. Соблюдение достаточно простых правил, внимательность со стороны акушера-гинеколога и неонатолога к этим мелочам позволит пройти этот процесс аккуратно и бережно. В целом именно этот период является самым ответственным в жизни каждого человека.

Дальнейшая адаптация к жизни новорожденного во многом будет зависеть от того, в какой среде он окажется: насколько там будет чисто, тепло, насколько он будет сыт. Здесь огромная роль принадлежит социальной среде и, безусловно, родителям. Ребенок — личность буквально с первого дня, и относиться к нему надо сразу именно так. Если вы хотите воспитать личность — относитесь к ней как к личности. Если вы относитесь к ребенку как к подчиненному, не удивляйтесь потом, что он безынициативен, ничего не хочет, что ему ничего не нужно и он ждет вашей команды.

— Какие факторы влияют на успешное выхаживание недоношенных детей, как неонатологи работают с детьми, родившимися с экстремально низкой массой тела?

— Над этим уже многие десятилетия работают лучшие умы отечественной и зарубежной медицины. Готового рецепта не существует. Нет волшебной таблетки, аппарата или технологии, которая позволила бы экстремально недоношенному ребенку, родившемуся на 23–25-й неделе, одновременно стать здоровым. Это всегда очень долгий и сложный процесс, внутри которого сохраняются риски. К сожалению, не все экстремально недоношенные дети выживают, хотя нам удалось добиться уровня выживаемости таких детей до конца первого года жизни порядка 90%.

Это большое достижение. Но экстремально недоношенный ребенок с точки зрения биологии все равно является незрелым и не очень адаптированным к среде, в которой он оказался. Его дальнейшая судьба во многом будет зависеть от того, насколько ему удастся преодолеть эту адаптацию. У него незрелы все системы, начиная с дыхательной. Даже легкое недоношенное новорожденное — это не просто очень маленькое легкое взрослого человека, оно по клеточной архитектуре устроено совершенно иначе. Когда ребенок появляется на свет преждевременно, траектория развития всех его органов неизменно будет немного другой, чем если бы он родился на 40-й неделе. Поэтому у любого недоношенного ребенка риски колоссальны.

— Как снизить эти риски?

— Очень важно, чтобы преждевременные роды проходили в учреждении, которое к этому



Фото: НИИОЗММ

готово. Причем готово не только с точки зрения техники – инкубаторов и всевозможного оборудования. Ключевое значение здесь имеет опыт и компетенции персонала, который знает, как выхаживать таких детей. Это зависит от того, сколько таких пациентов проходит через учреждение. Есть такое мнение: чтобы технология в учреждении стала по-настоящему перинатальной, давала наилучшие результаты, через медицинскую организацию должно проходить не менее 50 детей в год с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Вот тогда у персонала будут наработаны необходимые компетенции. Наличие техники или медикаментов не поможет, если нет человека, который понимает, что и как необходимо делать. Задача компетентного персонала будет не только и не столько в лечении в привычном смысле, сколько в помощи ребенку. Недоношенному ребенку трудно дышать и питаться

самостоятельно; он к этому не адаптирован. Мы замещаем эти функции, пока он не сможет сам с ними справиться. Мы замещаем функцию дыхания ровно до того момента, когда он сам сможет дышать. Если мы будем дольше поддерживать вентиляцию легких, каждый последующий день может ему вредить: дети, выжившие из экстремально недоношенных, могут приобрести хронические заболевания легких. Если ребенок не в состоянии самостоятельно питаться, мы замещаем эту функцию, но пытаемся максимально быстро вывести его на полное энтеральное питание, то есть через желудочно-кишечный тракт.

Мы очень внимательно следим за развитием недоношенного ребенка, нам нужно помочь ему дозреть и дорасти до появления базовых функций. В этом смысле работа неонатального реаниматолога и неонатолога, наверное, самая интересная, потому >>>

▲ По сравнению с 2010 годом в Москве младенческая смертность сократилась более чем в два раза

ФУНКЦИЯ НЕОНАТОЛОГА БОЛЬШЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВНИМАТЕЛЬНОМ, АККУРАТНОМ И ТОЧНОМ ОТНОШЕНИИ К РАЗВИТИЮ РЕБЕНКА, НЕЖЕЛИ В КАКОЙ-ТО ИНТЕНСИВНОЙ ТАКТИКЕ, КАК ЭТО ПРИНЯТО В ДРУГИХ РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ

что мы не исправляем имеющиеся проблемы и ошибки. Мы помогаем, прокладываем ребенку путь к здоровью, и этот путь не всегда медикаментозный. Очень часто это уход, правильное размещение, правильное кормление, соблюдение температурного режима, влажности, рациональный подход к выполнению каких-то исследований, внимательное отношение к инвазивным манипуляциям. Простой пример: ребенок родился, он не может питаться сам, мы начали проводить ему внутривенное питание. Но к концу второй недели жизни мы должны постараться сделать так, чтобы все, что ему положено, он усваивал уже через желудочно-кишечный тракт. И как только эта цель достигнута, мы должны убрать фактор риска — сосудистый катетер, отказаться от внутривенного введения жидкости.

Функция неонатолога больше заключается во внимательном, аккуратном и точном отношении к развитию ребенка, нежели в какой-то интенсивной тактике, как это принято в других реанимационных отделениях. По большому счету, мы сопровождаем его рост, внимательно смотрим, зная, как должно быть, и ведем его по этому пути.

— Какова роль семьи и родителей в выхаживании недоношенного ребенка или ребенка с какими-либо патологиями, отклонениями в развитии?

— Роль семьи колоссальна. Чем раньше в уход за новорожденным ребенком в отделении реанимации вовлекается семья, тем лучше. Прежде всего мама, ухаживающая

за ребенком, ограждает его от инфекций и лишних контактов. Ребенок контактирует с флорой мамы, которая для него скорее полезна, чем вредна.

Контакт с ребенком — это возможность давать грудное молоко. Если контакта нет, вероятность лактации будет ниже. Грудное молоко примерно в десять раз снижает риск развития позднего неонатального сепсиса и некротизирующего энтероколита. Это одно из самых серьезных заболеваний экстремально недоношенных детей, которое часто приводит к смерти или потере части кишечника, что требует выполнения резекции и формирования стомы.

Важно также понимать психологическое состояние мамы, у которой ребенок оказался в реанимационном отделении. С одной стороны, она не знает, как подойти к нему, боится взять его на руки. С другой стороны, под присмотром специалистов в отделении патологии новорожденных или реанимации она учится ухаживать за ним: как правильно его положить, как можно и как нельзя кормить, какие признаки указывают на появление проблем.

К сожалению, выписка домой экстремально недоношенного ребенка не гарантирует избавления от повторных поступлений в стационар из-за нарастания дыхательных нарушений. У ребенка может возникнуть бронхолегочная дисплазия, что требует госпитализации. Мама должна точно понимать, как выглядят эти состояния, чтобы вовремя обратиться за медицинской помощью. Этому она может научиться, только находясь в стационаре вместе с ребенком. Она становится полноправным, мотивированным участником команды, которая борется за счастье и здоровье ребенка. 

Неонатальная служба столицы

313

неонатологов

7 родильных
домов
6 перинатальных
центров



16 отделений патологии новорожденных в детских многопрофильных стационарах и перинатальных центрах (556 коек)

276

анестезиологов-
реаниматологов
неонатального
профиля

22 отделения реанимации
и интенсивной терапии
новорожденных

в том числе:

15 в акушерских
стационарах **7** в детских стационарах
и перинатальных центрах



Неонатальная реанимация и интенсивная терапия

Источник: главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения города Москвы

Психологическая помощь беременным женщинам, попавшим в трудные жизненные ситуации

Волноваться во время беременности очень вредно – об этом знают все. Однако жизнь нередко подбрасывает свои драматические сюжеты. На помощь в этом случае приходит перинатальный психолог, к которому будущая мама всегда может обратиться. Он поможет женщине вернуть душевное равновесие и уверенность в собственных силах.



Варвара Северина, клинический/перинатальный психолог Центра медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка»

— Варвара Николаевна, каковы основные причины, по которым беременные могут нуждаться в психологической помощи?

— Во время беременности женщины могут нуждаться в психологической помощи и поддержке. Причин для этого более чем достаточно. Внутреннее беспокойство: а вдруг не справлюсь, хватит ли у меня сил, все ли сделаю правильно? Давление внешней информации: нужно быть хорошей мамой, рожать максимально естественно и с мужем... Также не стоит забывать о проблемах во взаимоотношениях с родными и близкими. Все это будет приводить к повышению тревожности. Масла в огонь может подливать

и работа – например, руководитель не дает возможности посетить всех необходимых врачей или не переводит беременную на более легкий труд, предлагая уволиться.

По любому из этих вопросов беременная может обратиться за помощью к психологу. Мне кажется, практически каждая женщина во время беременности встречается с той или иной трудной жизненной ситуацией. Но как она ее проживает – это уже другой вопрос.

— В таком случае — кто тяжелее переносит жизненные трудности?

— Тяжелее всего беременной, которая осталась один на один с навалившимися на нее



Фото: мос.ру

вопросами. Раньше женщина была окружена родными, близкими, подругами. Теперь, к сожалению, семья становится нуклеарной (муж, жена, ребенок), а из близких у жены в лучшем случае пара подруг. Родные остались в другом городе, муж на работе, а она наедине со своими страхами и тревогами. На уровне «древнего мозга» срабатывает система «Кошмар, катастрофа!», и женщина впадает в ощущение «Я не справлюсь».

— Как проявляется тяжелое психоэмоциональное состояние у беременных и как оно влияет на внутриутробное развитие ребенка?

— Чаще всего — в излишней эмоциональной лабильности. Реже женщина замыкается в себе и отказывается что-либо чувствовать. Со всех сторон беременной советуют терпеть, улыбаться и наслаждаться жизнью. Безусловно, это правильно, но что делать,

СО СЛЕЗАМИ УХОДИТ И ГОРМОН СТРЕССА КОРТИЗОЛ. ОН ОЧЕНЬ ВРЕДЕН ДЛЯ РЕБЕНКА: ПРОХОДЯ СКВОЗЬ ПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР, ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА ЛОБНЫЕ ДОЛИ МАЛЫША

когда тревога внутри сильнее? Я рекомендую поплакать. Главное, чтобы это не была неуправляемая истерика, а слезы, приносящие облегчение. Ведь со слезами уходит и гормон стресса кортизол. Он очень не полезен для ребенка; проходя сквозь плацентарный барьер, оказывает влияние на лобные доли малыша. В будущем детки, мамы которых регулярно испытывали стресс во время беременности, будут иметь проблемы с силой воли. Также при переизбытке кортизола происходит спазм сосудов, что может вызывать нарушения маточно-плацентарных кровотоков, задержку роста плода и повышение артериального давления у будущей мамы.



— У кого беременная женщина может получить направление к психологу?

— Направление на консультацию к психологам выдает акушер-гинеколог, который ведет беременность. В рамках родового сертификата каждая беременная женщина должна дважды прийти к психологу — в первом триместре и в начале третьего. По результатам проведенной беседы я как врач вижу, нуждается ли будущая мама в помощи и поддержке, есть ли риск развития послеродовой депрессии. Если понимаю, что женщине нужно больше, чем простой опрос, всегда предлагаю обращаться.

— Какие формы работы с беременной пациенткой возможны в рамках психологического консультирования?

— Прежде всего мы проводим тестирование. Используем тест отношения к беременности И. В. Добрякова — известного психиатра и медицинского психолога, специалиста в области перинатальной психологии, профилактики и лечения послеродовой депрессии. Это простой и информативный метод. Он помогает лучше познакомиться с пациенткой, понять, желанная ли для нее беременность и готова ли она создать оптимальные условия для внутриутробного развития ребенка. А дальше мы беседуем и в зависимости от состояния и проблем женщины подбираем техники для работы.

Это могут быть телесные практики, работа с метафорическими картами, арт-терапия, символдрама — прекрасно работающий метод: бережный, аккуратный, спокойный, быстро дает нужный результат.

— Сколько времени отводится на первичную консультацию, последующие сеансы психологической коррекции?

— У нас, у психологов, шаг записи 30 минут. Столько же длится консультация или сессия. Если есть возможность дольше поработать с женщиной и разговор не закончен, то мы не ограничиваемся получасом.

— И сколько требуется таких вот встреч?

— Смотря с какой проблемой пришла женщина, насколько она готова работать, какая техника избрана. Одним женщинам важно подольше поговорить, а это увеличивает количество необходимых сессий. Другие готовы к решениям, и одна-две встречи уже дают нужный результат. Для тех, у кого много глубинных проблем, требуется значительно больше сессий. Вообще краткосрочной терапией считается курс от 10 сессий. Однако бывает, что требуется более длительная работа. Все индивидуально.

— Как вы подходите к работе с женщинами, которые переживают утрату близких, развод, предательство любимого или иные тяжелые события во время беременности?

— Иногда надо просто дать женщине выговориться, выплакаться, посидеть рядом с ней, обнять ее: «да, я вас слышу, плачем, дышим», потому что ей очень нужна поддержка, особенно если эта ситуация острая, только-только произошла.

НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ПСИХОЛОГАМ ВЫДАЕТ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, КОТОРЫЙ ВЕДЕТ БЕРЕМЕННОСТЬ. КАЖДАЯ БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА ДОЛЖНА ДВАЖДЫ ПРИЙТИ К ПСИХОЛОГУ — В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ И В НАЧАЛЕ ТРЕТЬЕГО

А дальше психолог подбирает методы, которые помогут женщине справиться с ситуацией. Кому-то из наших подопечных мы предлагаем написать письмо, чтобы «отпустить эмоции», с кем-то работаем через рисунки. Хороший метод, который помогает проработать глубинные травмы, – символдрама, я о нем уже упоминала. Психолог предлагает женщине создать образ, прочувствовать его, мысленно совершить с ним определенные действия, чтобы завершить работу подсознания, избавиться от триггера.

— Можете привести пример, как это выглядит?

— Например, в символдраме есть такой мотив – «Увядший цветок». Мы просим женщину закрыть глаза, представить себя на лугу, описать, как выглядит этот луг.

Чаще всего в таких описаниях луг зеленый, лето, солнце, тепло, комфортно, спокойно. Этот луг ассоциируется с внутренним состоянием человека. Но что-то нарушает покой. Может быть, увядший цветок? Мы предлагаем

ИНОГДА НАДО ПРОСТО ДАТЬ ЖЕНЩИНЕ ВЫГОВОРИТЬСЯ, ВЫПЛАКАТЬСЯ, ПОСИДЕТЬ РЯДОМ С НЕЙ, ОБНЯТЬ ЕЕ, ПОТОМУ ЧТО ЕЙ ОЧЕНЬ НУЖНА ПОДДЕРЖКА

женщине решить, что она будет делать с этим цветком. Например, она говорит, что хочет убрать его с луга и куда-нибудь унести, закопать в соседнем лесу под деревом. Мы предлагаем мысленно сделать это. А дальше бессознательное само запускает процесс исцеления.

Каждая утрата воспринимается по-своему. Одно дело – пожилой родитель, который долго болел и к уходу которого все окружающие психологически были готовы, и совсем другое – внутриутробная гибель почти доношенного ребенка, когда уже все готово к его встрече: коляска, кроватка, бодики, пеленки. Кто-то переживает предательство или гибель мужа. И опять же психологический склад у каждой женщины разный, каждая по-своему проживает горе. >>>



Фото: НИИОЗММ

ОЧЕНЬ ВАЖНО, ЧТОБЫ ЖЕНЩИНА В ТЯЖЕЛОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ НЕ ОСТАВАЛАСЬ ОДНА. НАДО ИСКАТЬ ГРУППЫ ПО ИНТЕРЕСАМ, ФОРУМЫ, МОЖНО ЗАПИСАТЬСЯ В ШКОЛУ БУДУЩИХ МАМ И ТАМ НАЙТИ ПОДРУГ

— Какие подходы вы используете в общении с беременными женщинами, которые получили подтверждение о наличии у ребенка пороков развития?

— Здесь важно обсудить все медицинские проблемы: какие именно пороки обнаружены, насколько они тяжелые, какие прогнозы дают врачи. Если возможно лечение, то прямо по этапам рассказать, как это будет, когда ребенок появится на свет. Мы можем порекомендовать женщине благотворительные фонды, которые помогут ей в лечении и уходе за малышом.

Но бывает, женщина решает для себя: порок настолько серьезен, что она точно не справится, вынуждена будет все внимание переключить на больного ребенка, забросив при этом старших детей. Со стороны психолога тут возможна только поддержка: «да, я вас понимаю», «это ваше решение», «да, вам будет тяжело, если что, всегда приходите, будем дальше работать». Женщину важно поддерживать в любом решении, даже если психолог с ним не согласен.

Если женщина принимает решение по медицинским показаниям прервать беременность на достаточно больших сроках – после 20-й недели, я всегда говорю: «Вот мои рабочие часы. Не стесняйтесь, звоните! Я всегда подойду к вам, помогу, подержу за руку, принесу водичку, посижу рядом, помолчим вместе».

— Можете ли вы рассказать об интересных случаях из практики, показывающих, насколько важна психологическая составляющая в процессе беременности и родов?

— Вот, например: как-то меня вызвали к родильнице, у которой все хорошо: роды

естественные, нельзя сказать, что сложные, ребеночек хороший, пребывание совместное, послеродовое восстановление без осложнений. А женщина плачет и не может успокоиться. В ходе консультации выяснилось: женщина готовилась к плановому кесареву сечению, накануне госпитализации у нее заболел живот. Она уверена была, что съела несочетаемые продукты, хорошо, родные угостили поехать на всякий случай в роддом и оказались правы. В приемном отделении ее осмотрели, сразу подняли в родовое, где она благополучно родила через 40 минут. Все бы ничего, но сама она готовилась совсем к другим родам, и эта картинка не совпала с действительностью. Это вызвало у родильницы сильное разочарование, и свои роды она так и не приняла.

— Какие рекомендации вы могли бы дать женщинам, которые сталкиваются с финансовыми, социальными трудностями во время беременности?

— Обязательно обращаться в службы поддержки. Их много. В нашем центре медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, помимо психологов есть специалист по социальной работе, есть юрист. Женщина может прийти и получить полную информацию по пособиям, льготам, которые ей положены.

Очень важно, чтобы женщина в тяжелой жизненной ситуации не оставалась одна. Я хочу прямо сделать акцент на этом. Надо искать группы по интересам, форумы – сейчас их много. Можно записаться в школу будущих мам и там найти подруг. Когда человек не один, у него есть друзья, которые его поддерживают, тогда любые невзгоды переживать намного легче. 

ЖУРНАЛ

12+

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА



NIIOZ.RU

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



100

ПОЛОС ИНТЕРВЬЮ, ОБЗОРЫ, ЛУЧШИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ, МАТЕРИАЛЫ О НОВЕЙШИХ МЕТОДИКАХ И РЕЗУЛЬТАТАХ РАБОТЫ

ОБЪЕДИНЯЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СООБЩЕСТВО МОСКВЫ: ОТ ЕЖЕДНЕВНЫХ СОБСТВЕННЫХ КОНГРЕССНО-ВЫСТАВОЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА КРУПНЕЙШЕЙ В ГОРОДЕ ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЕ ДО ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ГОРОДСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФОРУМОВ



ЦИФРОВАЯ ПЛАТФОРМА
«МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА.
МЕРОПРИЯТИЯ»

6

ВЫПУСКОВ
В ГОД

>130 ТЫС.ЧЕЛ.

СОВОКУПНЫЙ ОХВАТ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АУДИТОРИИ

100%

СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ



**МОСКОВСКАЯ
МЕДИЦИНА**