

«Мы научились жить и работать в другой действительности — с максимальным дистанцированием при оказании медицинской помощи беременным и родильницам...»

Артымук Наталья Владимировна — д. м. н., профессор, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов», член правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Всероссийской ассоциации гинекологов-эндокринологов, член Международного общества гинекологов-эндокринологов (ISGE) и Европейского общества по контрацепции (ESC).

Проходила стажировку в Школе Аренберга (Зальцбург, Австрия), Школе Блумберга (Университет Джона Хопкинса, Балтимор, США). Автор более 450 научных работ, в том числе более 20 монографий, учебных пособий, руководств для врачей.



— Уважаемая Наталья Владимировна, почти год российская система здравоохранения работает в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19. Расскажите, пожалуйста, опираясь на Ваш опыт как главного внештатного специалиста Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе и участника рабочих групп по созданию клинических рекомендаций, что изменилось в организации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам и что еще предстоит сделать.

— Пандемия COVID-19 стала серьезным испытанием для человечества и систем здравоохранения большинства стран мира. По мере течения эпидемического процесса накапливается опыт ведения пациентов различных возрастных и медико-социальных групп, включая беременных и новорожденных. Полученные данные анализируются национальными профессиональными сообществами врачей различных специальностей, проводятся научные исследования, на основе которых разрабатываются, издаются и оперативно обновляются клинические рекомендации.

Пандемия привела к необходимости мобилизации всех медицинских служб, включая службу охраны материнства и детства. Перепрофилировано огромное число медицинских организаций и специалистов. Мы научились жить и работать в другой действительности — с максимальным дистанцированием при оказании медицинской помощи беременным и родильницам, с дистанционным проведением консультаций, в том числе с использованием ресурсов телемедицины. Практически во всех субъектах РФ ограничено оказание плановой медицинской помощи.

В РФ в настоящее время действуют уже девятая версия временных методических рекомендаций Минздрава России «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» от 26.10.2020 года и третья версия методических рекомендаций Минздрава России «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19» от 25.01.2021 года. Многие стратегии в диагностике и лечении этого заболевания претерпели существенные изменения. Тем не менее наиболее

противоречивой и нерешенной остается ситуация с COVID-19 у беременных и новорожденных. Малоизученными являются вопросы реабилитации беременных, оптимальный подход к прегравидарной подготовке женщин, перенесших COVID-19.

— Отличается ли течение COVID-19 в общей популяции от течения у беременных Сибири и Дальнего Востока? Какие осложнения встречаются наиболее часто?

Первоначально считалось, что COVID-19 характеризуется более легким течением у беременных, о чем свидетельствовали первые публикации из Китая, Италии и других европейских стран. Разноречивые сведения об особенностях этого заболевания у беременных в разных странах позволяют предположить, что оно может протекать по-разному в различных этнических группах, в том числе в России, в которой проживают представители многих национальностей.

В настоящее время исчезло благодушное относительно более благоприятного течения COVID-19 у беременных женщин. С распространением эпидемии появляется все больше сведений

о тяжелом течении заболевания с внезапным развитием критических состояний, требующих экстренного родоразрешения, и неблагоприятных материнских и перинатальных исходах.

Анализ показал, что заболеваемость коронавирусной инфекцией у беременных СФО и ДФО приблизительно в 3,5 раза выше, чем в общей популяции. Более 30% беременных с COVID-19 имеют пневмонию, однако тяжелое течение, потребность в инвазивной искусственной вентиляции легких, а также смертность в этой группе значительно меньше, чем в общей популяции (практически в 10 раз), возможно, это обусловлено более молодым возрастом пациенток.

В настоящее время опубликованы результаты метаанализа 2021 года, включавшего 10 000 беременных (121 исследование) и 128 176 небеременных женщин (228 исследований), в котором установлено, что летальность среди госпитализированных беременных выше и составляет 11,3% (9,6–13,3%), а среди небеременных пациенток — 6,4% (4,4–8,5%). Более тяжелое течение заболевания чаще наблюдается у беременных, чем у небеременных того же возраста.

— Можно ли с уверенностью сказать, что вирус воздействует на фертильность? Если да, то каков механизм этого воздействия?

— Влияние вируса на фертильность пока мало изучено, а в случае тяжелого течения заболевания нарушения фертильности могут быть связаны с токсическим влиянием массивной терапии.

Предполагается, что COVID-19 может нарушать репродуктивную функцию у женщины за счет регулирования рецепторов ангиотензинпревращающего фермента 2. Кроме того, нельзя исключить потенциальное влияние вируса на гаметы и сперматозоиды и, как следствие, на возникновение бесплодия и в последующем — на возможность ВРТ и его результаты, на риск врожденных пороков развития плода.

— В структуре причин материнской смертности акушерские кровотечения занимают одно из ведущих мест. Насколько возрастает риск тромботических осложнений у беременных с коронавирусной инфекцией? Надо ли применять в этом случае антикоагулянты в профилактических целях?

— Вопросы тромбопрофилактики у беременных, рожениц и родильниц

являются наиболее дискуссионными. Не вызывает сомнения, что необходимы достаточная гидратация (адекватный питьевой режим) и двигательная активность, которые играют ключевую роль в тромбопрофилактике у беременных с COVID-19 как при лечении в домашних условиях, так и при госпитализации. Кроме того, гипоксия имеет решающее значение как фактор, активирующий систему гемостаза. Проведение кислородотерапии необходимо при сатурации менее 95%. Действующие российские методические рекомендации четко регламентируют проведение тромбопрофилактики у беременных.

Назначение низкомолекулярных гепаринов (НМГ) требуется всем госпитализированным беременным (со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания), а также при легких формах при наличии сопутствующих заболеваний, требующих тромбопрофилактики. Однако ряд профессиональных сообществ, в частности в Великобритании, Австралии и Новой Зеландии, регламентируют назначение НМГ всем беременным с установленным диагнозом COVID-19 независимо от тяжести заболевания, включая легкие и бессимптомные формы.

— В январе 2021 года вступает в силу Приказ Минздрава России от 20.10.2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». О каких новых стратегиях в нем говорится? Что еще важно в этом документе?

— Новый Приказ является во многом революционным, и думаю, что его внедрение позволит значительно улучшить качество оказания медицинской помощи.

Прежде всего, в данном документе отсутствует значительная клиническая составляющая, которая была представлена в предыдущей версии, так как на тот момент не было клинических рекомендаций. Таким образом, приложение стало существенно короче и конкретнее, не дублирует и не противоречит клиническим рекомендациям, которые должны быть более гибкими и пересматриваться в зависимости от появления новых данных научных исследований, но не реже чем раз в три года. Такие меры позволят реализовать стратегию Порядка.

Одно из положений Приказа № 1130н дает определение скринингу как тако-

вому и регламентирует его выполнение только при охвате 80% населения и более, а также определяет новый подход к скринингу рака шейки матки и рака молочной железы, который не противоречит рекомендациям, принятым в большинстве развитых стран и основанным на принципах доказательной медицины. Внесены существенные изменения в разделы по оказанию помощи несовершеннолетним, искусственному прерыванию беременности.

В Порядке определены принципы градации гинекологических стационаров по уровням оказания медицинской помощи по аналогии с акушерскими стационарами.

Очень важным является регламентация существования «ургентного родильного зала», что в ситуации глобального снижения рождаемости позволит закрыть потенциально опасные по материнской летальности и нерентабельные маломощные акушерские стационары.

В Порядке отсутствует большой раздел по социальной работе медиков, поскольку это рудимент прошлого. Подворовые обходы врачами, обучавшимися в течение 7–11 лет, для выявления не охваченных наблюдением беременных в XXI веке являются нерациональным расходом человеческих ресурсов.

— По Вашему мнению, какие документы, регламентирующие деятельность акушерско-гинекологической службы, требуют пересмотра?

— В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ (редакция от 27.12.2019 года с изменениями от 13.01.2020 года) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с 1 января 2022 года медицинская помощь должна оказываться на основе клинических рекомендаций, а до этого времени необходима разработка указанных документов по всем проблемам акушерства и гинекологии. Вне всякого сомнения, в первую очередь требует пересмотра Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 года № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» для изменения подхода к цервикальному скринингу.

Специально для *Доктор.Ру*
Елисова О.В.