



ЖУРНАЛ
ВАК

научно-практический рецензируемый журнал

16+

главный ⁺ ВРАЧ

№ 1 (99) 2025

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

ХИРУРГИЯ • АКУШЕРСТВО • ГИНЕКОЛОГИЯ • ПЕРИНАТОЛОГИЯ
ПСИХОЛОГИЯ • УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ



ШИРОКИЙ ВЫБОР НАДЕЖНОГО ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ



UNICOS
СДЕЛАНО
В КОРЕЕ

ДИСТРИБЬЮТОР
В РОССИИ:
ООО «АВЕА»

127015, Москва,
ул. Новодмитровская, д. 5 А,
стр. 4, офис 411



+7(495) 665-40-42



avea@avea.ru



www.avea.ru

*Парафинонагреватели
емкостью 7, 20 и 40 литров*

«КАСКАД»

MS

Мед-Сервис

Автоматическое поддержание температуры

- ◆ Надежная стерилизация парафина (озокерита)/грязи
- ◆ Цифровой термометр
- ◆ Высокая надежность нагревательных элементов



ООО «МЕД-СЕРВИС»

620091, Екатеринбург, ул. Лобкова, д.2, офис 210
т/ф: (343) 300-00-22, e-mail: E3000022@yandex.ru
парафинонагреватель.рф

СОДЕРЖАНИЕ

Научно-практический
рецензируемый журнал

«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»



Крылова О. В. — учредитель

ИП Круглаковский С. М. — издатель,
e-mail: Krylova@akvarel2002.ru

Петров Ю. А. — главный редактор, д.м.н., профессор,
e-mail: info@akvarel2002.ru

Редакционная коллегия:

Амбалов Ю. М. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ

Бегайдарова Р. Х. — д.м.н., профессор НАО «Медицинский университет Караганды», Республика Казахстан

Беловолова Р. А. — д.м.н., ФГБОУ ВО РостГМУ

Боев И. В. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ

Воробьев С. В. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ

Гандылян К. С. — к.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ

Гаража С. Н. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ

Дмитриев М. Н. — к.м.н., доцент ФГБОУ ВО РостГМУ

Долгалев А. А. — д.м.н., доцент ФГБОУ ВО СтГМУ

Енгибарян М. А. — д.м.н., в.н.с. ФГБУ НМИЦ онкологии

Караков К. Г. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ

Карсанов А. М. — к.м.н., доцент ФГБОУ ВО СОГМА

Кит О. И. — академик РАН, д.м.н., профессор, ФГБУ НМИЦ онкологии

Кокоев В. Г. — начальник ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ

Коровин А. Я. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО КубГМУ

Котиева И. М. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ

Куценко И. И. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО КубГМУ

Максюков С. Ю. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ

Маскин С. С. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО ВолгГМУ

Моллаева Н. Р. — д.м.н., ФГБОУ ВО ДГМУ

Палиева Н. В. — д.м.н., доцент ФГБОУ ВО РостГМУ

Перескоков С. В. — д.м.н., ФГБОУ ВО РостГМУ

Реверчук И. В. — д.м.н., профессор ФГАОУ ВО БФУ им. И. Канта

Ремизов О. В. — д.м.н., доцент ФГБОУ ВО СОГМА

Росторгуев Э. Е. — к.м.н., ФГБУ НМИЦ онкологии

Сагитова Г. Р. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ»

Твердохлебова Т. И. — д.м.н., ФБУН РостовНИИ МП Роспотребнадзора

Филиппов Е. Ф. — министр здравоохранения Краснодарского края

Шатова Ю. С. — д.м.н., в.н.с. ФГБУ НМИЦ онкологии

Шемонаев В. И. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО ВолгГМУ

Шкурат Т. П. — д.б.н., профессор ФГАОУ ВО ЮФУ

Опыт лечения больных с ущемленными паховыми грыжами в условиях Центральной районной больницы 2

Неразвивающаяся беременность в рудиментарном роге матки. Клинический случай 6

Отказ от выбора специальности «хирургия» студентами медицинского вуза. Анализ определяющих факторов с позиций экологии образования 12

Кровоизлияние в надпочечники у доношенных новорожденных. Клинические случаи 17

Медико-социальные факторы риска высокой тревожности у первобеременных женщин 21

Клинические особенности впервые выявленного рака яичников у женщин с морбидным ожирением 24

Оценка психологического статуса женщины после вынужденного прерывания беременности 28

Психологическое и гинекологическое здоровье женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез 31

Осложнения психологического и сексологического здоровья женщин после родов 35

Выставки 37

Особенности гестации у женщин позднего репродуктивного возраста 40

Правила направления научных статей 44

Адрес редакции и издателя:
344064, г. Ростов-на-Дону, 3-й Холмистый пер., 8
Тел.: +7 (991) 366-00-67, 8 (918) 524-77-07
www.akvarel2002.ru, e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в типографии «Лаки Пак», ИП Федосеев В. А.
г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 112а

Тираж 6000 экз. Заказ № 125

Подписано в печать 27.01.2025, дата выхода 30.01.2025

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.
Регистрационный номер ПИ № ФС 77-79423 от 27.11.2020

Журнал входит в Перечень ВАК. Журнал входит в систему РИНЦ (Российский индекс научного цитирования) на платформе eLibrary.ru.

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются. За содержание и достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.

В соответствии со ст. 38 закона РФ «О рекламе» ответственность за содержание информации в рекламе несет рекламодатель.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

А. В. Восколупов, К. И. Попандопуло, С. Б. Базлов, И. К. Попандопуло, А. С. Зайцева, С. С. Тохян, М. М. Мустафа, В. С. Грошилин

Аннотация. Цель — улучшение результатов диагностики и лечения путем применения эндовидеохирургических технологий у больных с ущемленными паховыми грыжами. **Материалы и методы.** В исследование включены 86 пациентов, оперированных по поводу неосложненных ущемленных паховых грыж. В основную группу вошли 42 больных, которым были применены диагностическая видеолaparоскопия и лечебные TAPP-технологии (от англ. Trans Abdominal Pre-Peritoneal). У 44 пациентов, вошедших в группу сравнения, выполняли паховую герниопластику по Лихтенштейну при клинически установленном диагнозе ущемления паховой грыжи. Проведено обследование в соответствии с современными протоколами, изложенными

в клинических рекомендациях. **Результаты.** Общая частота ранних осложнений у больных после TAPP составила 9,5%, в контрольной группе после операции Лихтенштейна — 15,9%. Частота поздних осложнений после TAPP составила 8,7%, после операции Лихтенштейна — 18,5% при отсутствии рецидивов. **Заключение.** Лапароскопические технологии представляются хорошей альтернативой открытым методам герниопластики при проведении экстренных оперативных вмешательств у больных за счет малой травматичности и низкой частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: ущемленные паховые грыжи, TAPP, операция Лихтенштейна, способ фиксации эндопротеза.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH STRICTURED INGUINAL HERNIAS IN THE CONDITIONS OF THE CENTRAL DISTRICT HOSPITAL

A. V. Voskolupov, K. I. Popandopulo, S. B. Bazlov, I. K. Popandopulo, A. S. Zaitseva, S. S. Tohian, M. M. Mustafa, V. S. Groshilin

Annotation. Aim — Improving the results of diagnosis and treatment through the use of endovideosurgical technologies in patients with pinched inguinal hernias. **Materials and methods.** The study included 86 patients operated on for uncomplicated pinched inguinal hernias, the main group included 42 patients using laparoscopic diagnostic (diagnostic video laparoscopy) and therapeutic (TAPP) technologies. Lichtenstein inguinal hernioplasty was performed in 44 patients included in the comparison group with a clinically es-

tablished diagnosis of inguinal hernia infringement. The examination was conducted in accordance with modern protocols set out in the clinical guidelines. **Results.** The overall rate of early complications in patients after TARR was 9.5%, in the control group after Lichtenstein surgery — 15.9%. The rate of late complications after TARR was 8.7%, after Lichtenstein surgery — 18.5% in the absence of relapses. **Conclusion.** Laparoscopic technologies seem to be a good alternative to open methods of hernioplasty during emergency surgical interventions in patients, due to low traumatism and low frequency of early and late postoperative complications.

Keywords: pinched inguinal hernias, TAPP, Lichtenstein surgery, method of fixation of the endoprosthesis.

Паховые грыжи, которые являются самой распространенной хирургической патологией и составляют 80% всех видов грыж живота [1], в 10–15% случаев осложняются ущемлением. Экстренные оперативные вмешательства у таких пациентов сопряжены с высоким риском рецидивов и повышенной летальностью, которая достигает 4–12% [2]. Успех хирургического лечения ущемленных паховых грыж во многом зависит от выбора хирургической тактики и способа оперативного лечения [3]. В последние годы всё чаще обсуждаются возможности применения эндоскопических технологий при диагностике и лечении ущемленных паховых грыж [4, 5]. При этом многие вопросы остаются дискуссионными, а результаты исследований противоречивыми. Это касается частоты рецидивов, развития ранних инфекционных осложнений области оперативного вмешательства и синдрома хронической боли в отдаленном послеоперационном периоде [6–8]. Всё это определяет

необходимость проведения дальнейших исследований, поиска оптимальной хирургической тактики и способа оперативного лечения на основе персонализированного подхода к лечению каждого пациента.

Цель исследования — улучшение результатов диагностики и лечения путем применения эндовидеохирургических технологий у больных с ущемленными паховыми грыжами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 86 пациентов, оперированных по поводу неосложненных ущемленных паховых грыж в хирургическом отделении ГБУЗ «Каневская центральная районная больница» Минздрава Краснодарского края за период с 2019 по 2024 год. В случаях наличия некроза ущемленного органа или флегмоны грыжевого мешка пациентов исключали из исследования. Средние сроки ущемления грыжи до поступления в стационар составили $2,1 \pm 1,2$ часа для основной группы пациентов

и $2,3 \pm 1,3$ часа — для контрольной группы больных. В основную группу вошли 42 больных, которым были применены диагностическая видеолaparоскопия и лечебные TAPP-технологии (от англ. Trans Abdominal Pre-Peritoneal). У 44 (51,2%) пациентов, вошедших в группу сравнения, выполняли паховую герниопластику по Лихтенштейну при клинически установленном диагнозе ущемления паховой грыжи. Выбор способа оперативного лечения осуществляли на основании уровня технической подготовленности хирургической бригады. У всех пациентов обеих групп при поступлении проведено обследование в соответствии с современными протоколами, изложенными в клинических рекомендациях Российского общества хирургов. TAPP выполняли по стандартной методике без фиксации сетчатого эндопротеза; при паховых грыжах с большими грыжевыми воротами (M3 или L3 по классификации EHS) осуществляли фиксацию сетчатого эндопротеза с применением герниостеплера

«Гера-5 мм». Для сравнительной оценки характеристик грыж в группах наблюдения использовали классификацию Европейского общества герниологов [9]. Для оценки степени выраженности и длительности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде применяли визуально-аналоговую шкалу боли. Для изучения качества жизни через 6 месяцев после операции применяли шкалу Каролинского университета (Carolinas Comfort Scale — CCS), которая в настоящее время признана наиболее валидной для оценки комфорта пациентов в отдаленные сроки после операции [10].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группы сравнения были сопоставимы по гендерному составу и возрасту (табл. 1). В связи с отсутствием нормального распределения показате-

телей данные представлены в виде медианы (Me) и процентилей (25%; 75%).

Всем пациентам основной группы выполняли диагностическую видеолапароскопию при карбоксиперитонеуме с внутрибрюшным давлением до 15 мм рт. ст. При этом у 29 (69,0%) больных произошло самопроизвольное вправление ущемленного органа в брюшную полость. Еще у 11 (26,2%) пациентов для ликвидации ущемления потребовалась дополнительная легкая тракция ущемленного органа, и только в 2 (4,8%) случаях мы вынуждены были выполнить рассечение ущемляющего кольца. Следует отметить, что у 2 (4,8%) больных видеолaparоскопию выполняли по поводу болей в пахово-подвздошной области неясной этиологии с целью уточнения диагноза, и выявление

пристеночного ущемления в паховой грыже явилось случайной находкой.

Диагностическую лапароскопию осуществляли под общей анестезией из трех проколов передней брюшной стенки: оптику вводили над пупком, при этом троакар диаметром 11 мм устанавливали на стороне грыжи в мезогастрии, троакар диаметром 5 мм — контрлатерально. Выполняли видеолaparоскопическую оценку брюшной полости и ущемленного органа, при которой осматривали паховые области со стороны ущемления и с противоположной, оценивали состояние внутреннего пахового кольца, диаметр грыжевых ворот и степень несостоятельности задней стенки пахового канала. Затем производили ревизию брюшной полости с целью выявления измененных участков внутренних органов, а также оценку состояния других доступных осмотру органов и систем для установления сопутствующей патологии. Для определения жизнеспособности кишки оценивали цвет и состояние серозной оболочки, перистальтику и пульсацию сосудов брыжейки. Абсолютными признаками необратимости ишемических повреждений кишечной стенки считали коричневый или серый оттенок в зоне ущемления, тусклый серозный покров, появление нежных нитей фибрина, различимых при увеличенном изображении на экране монитора, ихорозный запах «грыжевой воды». Этим больным выполняли лапаротомию и исключали из исследования. После того как участок ущемленной кишки или сальника признан жизнеспособным, в основной группе осуществляли трансабдоминальную предбрюшинную пластику паховой грыжи.

Средние сроки оперативного вмешательства в контрольной группе при выполнении герниопластики по Лихтенштейну составили $63,5 \pm 11,6$ минуты, при выполнении TAPP — $57,4 \pm 9,5$ минуты. Статистически значимой разницы между продолжительностью TAPP и операцией Лихтенштейна нами не выявлено. В раннем послеоперационном периоде у пациентов основной группы отмечали более низкие показатели интенсивности и продолжительности болевого синдрома по сравнению с больными после операции Лихтенштейна. У 35 (83,3%) пациентов после TAPP уже на 3-и сутки после операции не возникало потребности в применении нестероидных противовоспалительных препаратов

Таблица 1

Значения медиан возраста [Me (25%; 75%)] и долей по гендерному признаку в сравниваемых группах

Параметр	Группа		Уровень значимости, p
	Основная (n = 42)	Контрольная (n = 44)	
Возраст, лет	49 (43; 61)	52 (45; 63)	0,077*
Пол (м/ж), случаев	37/5	40/4	0,871**

Примечание. * — по критерию Манна — Уитни; ** — по критерию хи-квадрат; м — мужчины; ж — женщины.

Таблица 2

Распределение больных в группах в соответствии с классификацией EHS

Характеристики грыжи			Группа				p*	Всего n (%)
			основная (n = 42)		контрольная (n = 44)			
			Абс.	%	Абс.	%		
Р	L	1	6	14,3	7	16,0	0,533	13 (15,1)
		2	5	12,0	6	13,6	0,322	11 (12,9)
		3	1	2,4	1	2,3	0,786	2 (2,4)
	M	1	4	9,5	5	11,4	0,363	9 (10,5)
		2	4	9,5	3	6,8	0,094	7 (8,1)
		3	3	7,1	3	6,8	0,437	6 (6,9)
R	L	1	3	7,1	4	9,1	0,086	7 (8,1)
		2	3	7,1	3	6,8	0,248	6 (6,9)
		3	4	9,5	3	6,8	0,082	7 (8,1)
	M	1	4	9,5	4	9,1	0,711	8 (9,3)
		2	3	7,1	3	6,8	0,676	6 (6,9)
		3	2	4,9	2	4,5	0,585	4 (4,8)
Итого			42	100	44	100	—	86 (100)

Примечание. * — по критерию хи-квадрат.

с целью обезбоживания, тогда как после операции Лихтенштейна 29 (65,9%) человек нуждались в обезбоживании ненаркотическими анальгетиками вплоть до 5 суток послеоперационного периода (рис. 1).

Среди ранних осложнений в основной группе пациентов у 2 (4,8%) отмечено образование гематомы в области пластики, еще у 1 (2,4%) больного сформировалась серома в предбрюшинном пространстве. Эти случаи потребовали пункционного лечения. В 1-м (2,4%) наблюдении у больного с диагностированной острой респи-

раторной вирусной инфекцией до операции зафиксирована полисегментарная пневмония справа в послеоперационном периоде (табл. 3).

Летальных исходов после операции не было. В контрольной группе больных образование серомы в подкожной жировой клетчатке выявлено у 4 (9,1%) пациентов, еще у 2 (4,5%) определялась гематома и выраженная имбибиция кожи и подкожной клетчатки кровью в раннем периоде после операции, что потребовало дополнительной ревизии и дренирования раны. Нагноение операционной

раны, из-за которого сняты кожные швы, зафиксировано в 1 (2,3%) случае. Общая частота ранних осложнений у больных после TAPP составила 9,5%, в контрольной группе после операции Лихтенштейна — 15,9%. Через 6 месяцев после проведенной операции удалось обследовать 23 (54,8%) больных из основной группы и 27 (61,4%) пациентов из контрольной. Качество жизни оценивалось по шкале Каролинского университета (CCS). Установлено, что средний балл CCS у больных основной группы составил $22,7 \pm 8,5$ балла, а у пациентов контрольной группы — $43,2 \pm 11,6$ балла. При анализе шкалы установлено, что 21 (91,3%) пациент из основной группы либо не испытывал дискомфорта вообще, либо отмечал минимальный дискомфорт. В 2 (8,7%) случаях больные ощущали умеренный дискомфорт, который был обусловлен синдромом хронической боли и ощущением инородного тела. У одного из этих пациентов также зафиксировали ограничение подвижности передней брюшной стенки в области имплантации. Рецидивов грыжи у больных основной группы не выявлено.

Среди обследованных больных контрольной группы хронический болевой синдром в области имплантации отметили 3 (11,1%) пациента. В 1 (3,7%) наблюдении больной жаловался на ощущение инородного тела при физической активности и в 1 (3,7%) случае диагностированы сформированные лигатурные свищи в области послеоперационного рубца. Частота поздних осложнений после TAPP составила 8,7%, после операции Лихтенштейна — 18,5% при отсутствии рецидивов. Средние сроки стационарного лечения для пациентов с TAPP составили $4,8 \pm 2,2$ дня, для больных после операции Лихтенштейна — $6,7 \pm 2,3$.

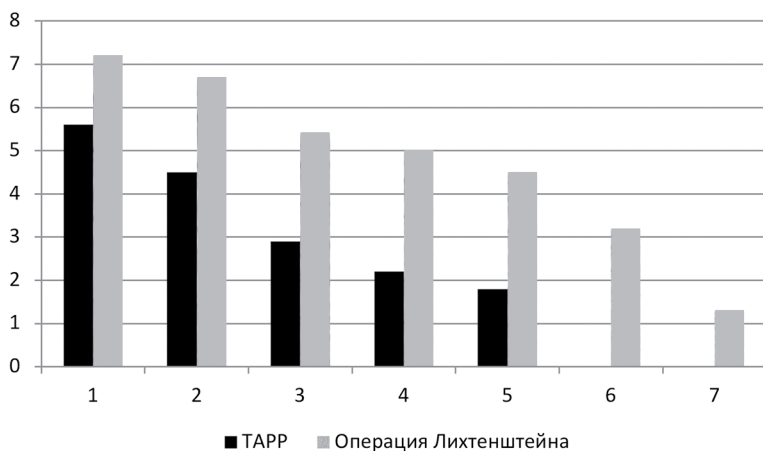


Рис. 1. Динамика показателей визуальной аналоговой шкалы в раннем послеоперационном периоде в группах наблюдения

Таблица 3

Распределение осложнений в группах наблюдения

Вид осложнения		Группа наблюдения		p**
		основная, n = 42 (%)	контрольная, n = 44 (%)	
Раннее	Нагноение раны	–	1 (2,3)	0,035
	Серома	1 (2,4)	4 (9,1)	0,027
	Гематома	2 (4,8)	2 (4,5)	0,418
	Пневмония	1 (2,4)	–	0,040
	Всего	4 (9,5)	7 (15,9)	0,036
Вид осложнения		основная, n = 23 (%)	контрольная, n = 27 (%)	p**
Позднее	Хроническая боль	2 (8,7)	3 (11,1)	0,087
	Ощущение инородного тела	1*	–	–
	Ограничение подвижности ПБС	1*	1 (3,7)	0,033
	Лигатурные свищи	–	1 (3,7)	0,033
	Рецидив грыжи	–	–	–
	Оценка по CCS	$22,7 \pm 8,5$	$43,2 \pm 11,6$	0,023
	Всего	2 (8,7)	5 (18,5)	0,042

Примечание. * — пациенты с хронической болью; ** — по критерию хи-квадрат; ПБС — передняя брюшная стенка.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проблема выбора метода оперативного лечения больных с ущемленными паховыми грыжами сохраняет свою актуальность. Один из обсуждаемых вопросов — возможность применения лапароскопических методов диагностики и лечения при ущемлениях паховых грыж [4, 5, 11, 12]. Разработке единой лечебной тактики препятствует отсутствие четких показаний к применению различных, в т. ч. лапароскопических технологий и противоречивые результаты лечения, приводимые различными авторами [13]. В работе L. Yuchen

и соавт. (2023) при анализе ранних послеоперационных осложнений не найдено статистически достоверной разницы между частотой образования сером после TAPP и операцией Лихтенштейна [12]. В нашем исследовании частота образования сером после TAPP была значимо меньше, чем после операции Лихтенштейна (2,4 и 9,1% соответственно; $p = 0,027$). Полученные нами данные совпадают с результатами других отечественных и зарубежных исследований [13, 15, 16].

При сравнении частоты поздних осложнений зафиксированные нами результаты свидетельствуют об отсутствии различий между частотой развития хронического болевого синдрома после TAPP и операцией Лихтенштейна. Аналогичные дан-

ные приводят А.В. Шабунин и соавт. (2018) [14]. Кроме того, в нашем исследовании мы не выявили статистически значимой разницы между продолжительностью оперативного вмешательства в группах сравнения, а также при сравнении средних сроков стационарного лечения. Однако общая частота осложнений после TAPP с высокой степенью достоверности снижена по сравнению с применением открытых технологий в виде операции Лихтенштейна. Полученные нами данные совпадают с мнением многих авторов, которые отмечают преимущества лапароскопических технологий перед открытыми видами герниопластики в виде меньшей травматичности, снижения времени оперативного вмешательства, степени интенсивности и про-

должительности болевого синдрома [2, 4, 5, 11, 15, 16].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопические технологии представляются хорошей альтернативой открытым методам герниопластики при проведении экстренных оперативных вмешательств у больных за счет малой травматичности и низкой частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений. Для разработки четких показаний к их применению требуются дальнейшие многоцентровые рандомизированные исследования с последующим метаанализом их результатов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ооржак О. В., Шост С. Ю., Мозес В. Г. [и др.]. Паховые грыжи — эпидемиология, факторы риска, методы лечения (обзор литературы) // *Acta biomedica scientifica*. 2021. Т. 6, № 4. С. 230–242. DOI: 10.29413/ABS.2021-6.4.21.
2. Раджабов Б. Э., Левин Л. А. Эндохирургические аспекты диагностики и лечения ущемленных паховых грыж (краткий обзор литературы) // *Хирург*. 2022. Т. 3–4. С. 5–19.
3. Deeba S., Purkayastha S., Paraskevas P., et al. Laparoscopic approach to incarcerated and strangulated inguinal hernias // *JLS*. 2009. V. 13, N. 3. P. 327–31.
4. Михин И. В., Поляков А. А., Косивцов О. А., Рясков Л. А. Эндовидеохирургия и лапароскопия — новый виток эволюции оперативного лечения паховых грыж // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2019. Т. 3, № 1. С. 121–128. DOI: 10.17116/hirurgia2019031121.
5. Zhu X. J., Jiao J. Y., Xue H. M., et al. Single-incision laparoscopic transabdominal preperitoneal repair in the treatment of adult female patients with inguinal hernia // *World J Gastrointest Surg*. 2024. V. 16, N. 1. P. 49–58. DOI: 10.4240/wjgs.v16.i1.49.
6. Montauban P., Shrestha A., Veerapatherar K., Basu S. Quality of Life Using the Carolinas Comfort Scale for Laparoscopic Incisional Hernia Repair: A 12-Year Experience in a Retrospective Observational Study // *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2021. V. 31, N. 11. P. 1286–1294. DOI: 10.1089/lap.2020.0878.
7. Cimpean S., Barriol N., Steyaert H., Cadiere G.-B. Laparoscopic Totally Extra Peritoneal Inguinal Hernia Repair with Endoscope Preperitoneal Dissection and No Mesh Fixation — How I Do It. *Surgery, Gastroenterology and Oncology*. 2023. V. 28, N. 1. DOI: 10.21614/sgo-539.
8. Baig S., Sheth H., Viswanath N., Madhok B. Patient-reported outcomes in inguinal hernia surgery—Results from the GENESIS study: A multinational multicenter study // *World J Surg*. 2024. V. 48, N. 5. P. 1132–1138. DOI: 10.1002/wjs.12118.
9. Moreno J. L. G., Ferreras I. D. Classification of ventral hernias and inguinal hernias. *Advances in laparoscopy of the abdominal wall hernia*. Springer, 2014.
10. Seabra M. K., Cavazzola L. T. Cross-cultural adaptation and validation of Carolinas Comfort Scale to Brazilian Portuguese for inguinal hernia // *Langenbecks Arch Surg*. 2024. V. 409, N. 1. P. 253. DOI: 10.1007/s00423-024-03445-2.
11. Подолужный В. И., Лесников С. М., Шабалина О. В. Грыжи пахово-бедренной области: эволюция представлений о герниогенезе и подходах к диагностике и хирургическому лечению // *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2019. Т. 4, № 3. С. 113–121.
12. Liu Y., Zhu Y., Wang F., Wang M. Analysis of recurrent factors and therapeutic effect after laparoscopic inguinal hernia repair // *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 2023. V. 61, N. 6. P. 507–510. Chinese. DOI: 10.3760/cma.j.cn112139-20230116-00028.
13. Nanayakkara K., Viswanath N., Wilson M., et al. An international survey of 1014 hernia surgeons: outcome of GLACIER (global practice of inguinal hernia repair) study // *Hernia*. 2023. V. 27, N. 5. P. 1235–1243. DOI: 10.1007/s10029-023-02818-8.
14. Шабунин А. В., Багателия З. А., Греков Д. Н. [и др.]. Сравнительный анализ результатов пластики пахового канала по Лихтенштейну и лапароскопической герниопластики у больных паховыми грыжами // *Московский хирургический журнал*. 2018. № 5. С. 22–27. DOI: 10.17238/issn2072-3180.2018.5.22-27.
15. Montauban P., Shrestha A., Veerapatherar K., Basu S. Quality of Life Using the Carolinas Comfort Scale for Laparoscopic Incisional Hernia Repair: A 12-Year Experience in a Retrospective Observational Study // *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2021. V. 31, N. 11. P. 1286–1294. DOI: 10.1089/lap.2020.0878.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

- ГБУЗ «Каневская центральная районная больница» Минздрава Краснодарского края, ст-ца Каневская, Россия
Восколупов Александр Валерьевич — заведующий хирургическим отделением; e-mail: aleks.voskolupov@mail.ru;
ORCID: 0009-0001-8982-609X.
- ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар, Россия
Попандопуло Константин Иванович — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии;
ORCID: 0000-0002-8668-7442.
Базлов Сергей Борисович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии;
ORCID: 0000-0002-0610-3516.
Попандопуло Иван Константинович — клинический ординатор кафедры факультетской и госпитальной хирургии;
ORCID: 0009-0008-1835-0566.
Зайцева Анна Сергеевна — студентка VI курса; ORCID: 0009-0003-8724-252X.
Тохян Софья Самвеловна — студентка VI курса; ORCID: 0009-0008-8849-7424.
Мустафа Мария Мохдовна — студентка VI курса; ORCID: 0009-0009-5830-3032.
- ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия
Грошили Виталий Сергеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2;
ORCID: 0000-0001-9927-8798.

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А. В. Малушко, И. Д. Щедрина, С. М. Алексеев, Н. В. Назарикова, О. В. Суворина,
В. А. Махинов, С. Б. Онегова, В. Р. Силакова

Аннотация. Цель — демонстрация опыта успешного органосохраняющего лечения неразвивающейся беременности в рудиментарном роге матки, определение актуальных и дискуссионных вопросов диагностики, тактики лечения пациенток с беременностью в рудиментарном маточном роге. **Материалы и методы.** Описан клинический случай ранней диагностики и своевременного успешного органосохраняющего лечения с применением лапароскопического доступа неразвивающейся беременности раннего срока в рудиментарном роге матки. **Заключение.** Своевременная маршрутизация

пациенток в учреждения третьего уровня — залог оказания качественной, высокотехнологичной помощи. Настороженность акушеров-гинекологов, применение органосохраняющих, малоинвазивных хирургических методов, актуальные представления о проведении метропластики позволяют сохранить репродуктивный потенциал пациенток с аномалиями развития матки.

Ключевые слова: аномалии развития матки, беременность в рудиментарном роге матки, органосохраняющее лечение, неразвивающаяся беременность, эктопическая беременность.

AN UNDEVELOPED PREGNANCY IN THE RUDIMENTARY HORN OF THE UTERUS. CLINICAL CASE

A. V. Malushko, I. D. Shchedrina, S. M. Alekseev,
N. V. Nazarikova, O. V. Suvorina, V. A. Machinov,
S. B. Onegova, V. R. Silakova

Annotation. The aim is to demonstrate the experience of successful organ-preserving treatment of non-developing pregnancy in the rudimentary uterine horn, to identify topical and controversial issues of diagnosis, tactics of treatment of patients with pregnancy in the rudimentary uterine horn. **Materials and methods** — a clinical case of early diagnosis and timely successful organ-preserving treatment

using laparoscopic access of an undeveloped early pregnancy in the rudimentary uterine horn is described. Results and conclusion — timely routing of patients to third-level institutions is the key to providing high-quality, high-tech care. The alertness of obstetricians and gynecologists, the use of organ-preserving, minimally invasive surgical methods, modern ideas about metroplasty, allow us to preserve the reproductive potential of patients with uterine malformations.

Keywords: abnormalities of uterine development, pregnancy in the rudimentary horn of the uterus, organ-preserving treatment, undeveloped pregnancy, ectopic pregnancy.

Дефекты развития, роста и сращения мюллеровых парамезонефральных протоков приводят к формированию аномалий развития матки и влагалища, которые встречаются в 4–7% случаев. В сочетании с бесплодием этот показатель может достигать 8%, а у пациенток с привычным невынашиванием беременности встречается в 12,6–18,2% наблюдений [1].

Причины возникновения врожденных аномалий развития матки и влагалища изучены недостаточно. Среди основных причин их возникновения выделяют генетические факторы, на долю которых приходится 25%, средовые факторы (10%) и факторы неясного генеза (65%) [1].

В настоящее время в арсенале акушера-гинеколога существует ряд клинических классификаций врожденных пороков развития женских половых органов, в первую очередь основанных на выделении отдельных клинико-анатомических форм, на различиях эмбриогенеза внутренних половых органов, на данных различных методов визуальной диагностики.

Среди основных и практически значимых, наиболее часто используемых классификаций выделяют классификацию, разработанную Л. В. Адамян, А. З. Хашуковой (1998), клиническую классификацию VCUAM (Vagina — Cervix — Uterus — Adnex — associated Malformation), ESHRE (The European Society of Human Reproduction and Embryology) и ESGE (The European Society for

Gynaecological Endoscopy), классификацию V. Buttram и W. Gibbons, пересмотренную в 1988 и 2021 годах Американским обществом репродуктивной медицины (The American Society for Reproductive Medicine, ASRM).

В эмбриологическом смысле однорогая матка — половина нормальной матки, которая может быть в двух вариантах: при первом она представлена в виде одного рога, при втором — матка однорогая с добавочным рудиментарным рогом [1]. Беременность в рудиментарном маточном роге относится к редким формам эктопической беременности, встречающейся у женщин с аномалиями развития матки. Частота встречаемости беременности в рудиментарном роге составляет от 1 на 100 000–140 000 беременностей [2, 3].

При несообщающемся рудиментарном роге матки частота наступления беременности, по некоторым данным, составляет 1 случай на 76 000–150 000 беременностей. До клинических проявлений данное состояние диагностируется только в 14% случаев. Большинство беременностей (80–90%) происходит в несообщающихся рудиментарных рогах, хотя встречаются исключительные казуистические случаи многоплодной беременности с одним эмбрионом в каждом роге [2, 3].

Следует помнить, что при однорогой матке всегда существует вероятность возникновения эктопической беременности в рудиментарном роге, как сообщающимся

с полостью основного рога, так и в замкнутом, что приводит к его разрыву с массивным внутрибрюшным кровотечением и летальному исходу.

Беременность в рудиментарном роге сопряжена со множеством грозных осложнений, вплоть до летального исхода, в случае разрыва матки и развития гемоперитонеума и геморрагического шока. Трудности диагностики аномалий развития матки на доклиническом этапе диктуют необходимость в повышении настороженности акушеров-гинекологов, совершенствовании методов визуализации и коррекции данных состояний.

На современном этапе для идентификации и хирургической коррекции различных форм аномалий развития матки и влагалища применяются лапароскопические и гистероскопические технологии. Эндоскопические методы позволяют уточнить наличие сопутствующей гинекологической патологии и выбрать оптимальный объем хирургического лечения. Следует помнить, что постановка диагноза и удаление рудиментарного маточного рога с проведением метропластики до наступления беременности позволят в будущем избежать развития опасных для жизни осложнений и сохранить репродуктивный потенциал. Вероятность восстановления репродуктивной функции после корригирующих операций при врожденных аномалиях развития матки и влагалища зависит от формы аномалии, наличия сопутствующей гинекологической патологии, реабилитации в послеоперационном периоде.

Представляем клинический случай диагностики и органосохраняющего лечения неразвивающейся беременности в рудиментарном роге матки с применением лапароскопического доступа.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка В., 31 год, поступила в экстренном порядке в гинекологическое отделение ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» с жалобами на умеренные тянущие боли внизу живота, задержку менструации. Жалобы беспокоят в течение нескольких дней, самостоятельно проводила мочевой тест на беременность — положительный. Обратилась на прием к гинекологу по месту жительства. По данным ультразвукового исследования органов малого таза заподозрена аномалия развития матки и беременность в рудиментарном роге матки раннего срока (рис. 1). При контрольном ультразвуковом исследовании органов малого таза в динамике диагно-



Рис. 1. Ультразвуковое исследование органов малого таза. Неразвивающаяся беременность раннего срока в рудиментарном маточном роге

стирована неразвивающаяся беременность раннего срока в рудиментарном роге матки.

Госпитализирована в гинекологическое отделение. Проводили контроль хорионического гонадотропина человека в крови в динамике (300–1200–4000 МЕ/мл). Дополнительно выполнили магнитно-резонансную томографию органов малого таза (особенности). Определена двурогая матка. Правый рог нормально развит, размерами 65 × 58 × 46 мм, стенки толщиной до 6 мм, правое ребро до 25 мм, миометрий однородный, в области перешейка визуализируется послеоперационный рубец толщиной до 4 мм. Полость правого рога четко прослеживается. Левый рог рудиментарный, без связи, с цервикальным каналом, размерами 43 × 32 × 35 мм, миометрий толщиной до 3–5 мм; в полости визуализируется кистовидная структура размерами 30 × 17 мм с жидкостным содержимым, с серповидным геморрагическим участком у нижней стенки, толщиной до 3 мм — расценено как деформированное плодное яйцо. Придатки без особенностей. Шейка матки цилиндрической формы, размерами 30 × 35 мм, структура не изменена. Паракольпиум без особенностей. Стенки влагалища не утолщены. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве не определяется.

Из анамнеза: менструация с 13 лет, цикл регулярный по длительности кровотечения 4–5 дней, через 26–28 дней, умеренный, болезненный в первый день. Беременность вторая спонтанная. Первая беременность в 2013 году наступила самостоятельно, закончилась срочными оперативными родами в плановом порядке — кесарево сечение планово (тазовое предлежание плода, крупный плод).

Гинекологический анамнез в 2020 году: проведена гистерорезектоскопия, удаление полипа эндометрия. По результатам гистологического ответа — без наличия атипичных клеток.

На основании клинико-анамнестических данных, результатов лабораторных исследований, данных ультразвукового и магнитно-резонансного исследований установлен диагноз — неразвивающаяся беременность в рудиментарном роге матки раннего срока. Аномалия развития матки, рудиментарный рог матки. Принято решение о проведении диагностической лапароскопии.

Лапароскопия по технологии SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery). Удаление рудиментарного рога. Ту-бэктомия слева.

После соответствующей обработки и подготовки операционного поля под эндотрахеальным наркозом в верхнепупочной точке установлен монопорт и наложен пневмоперитонеум до 14 мм рт. ст., через который введен лапароскоп, 2 троакара диаметром 5 мм для операционных инструментов. Обнаружено: матка видна, покрыта неизменной брюшиной, тело размерами 50 × 45 × 50 мм, слева визуализируется отходящий от матки рудиментарный рог размерами 50 × 40 × 50 мм, сообщающийся с основным рогом матки в нижнем маточном сегменте.

Левые придатки: левый яичник размерами 25 × 20 × 15 мм без видимых патологических изменений. Маточная труба слева отходит от рудиментарного рога матки, длиной 7 см, просматривается на всем протяжении; фимбриальный отдел свободен.

Правые придатки матки: правый яичник размерами 25 × 20 × 20 мм, без видимых патологических изменений.

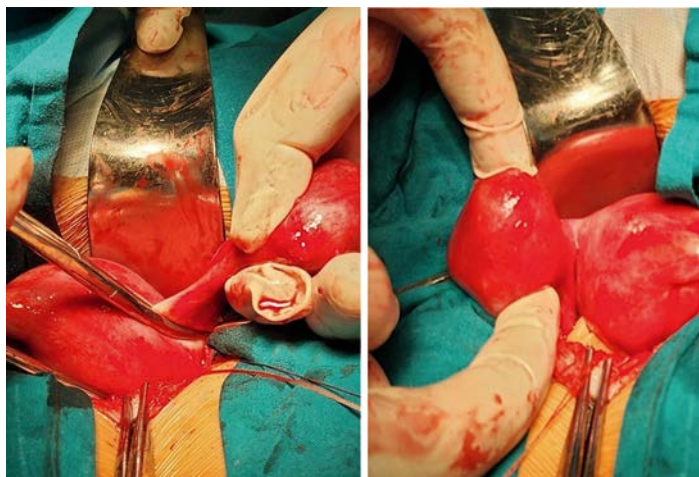


Рис. 2. Интраоперационно матка с рудиментарным рогом слева

Маточная труба длиной 7 см, просматривается на всем протяжении; фимбриальный отдел свободен.

С помощью биполярной коагуляции и острым путем пересечены круглая связка матки, мезосальпинкс, собственная связка яичника слева. Типичным способом произведено удаление рудиментарного рога. Матка ушита двухрядным швом.

Препарат удален через монопорт, отправлен на гистологическое исследование.

Санация, десуффляция CO₂ и дренирование малого таза. Гемостаз адекватный. Швы на послеоперационную рану. Кровопотеря — 100 мл.

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации.



Рис. 3. Макропрепарат: рудиментарный рог с маточной трубой слева

ОБСУЖДЕНИЕ

В клинической практике каждого акушера-гинеколога встречаются пациентки с различными формами аномалий развития матки. Дисменорея, бесплодие, невынашивание беременности, тяжелые формы фетоплацентарной недостаточности с исходом в тяжелую задержку роста плода, вплоть до его антенатальной гибели, эктопическая беременность в рудиментарном роге, включая разрыв матки с исходом в гемоперитонеум и развитием критических состояний — вот далеко не полный перечень акушерско-гинекологических и перинатальных проблем, которые выявляются у женщин с аномальной маткой.

За последние 15–20 лет основные исследования зарубежных и российских авторов посвящены разработке способов своевременной диагностики аномалии матки

на доклиническом этапе, методов метропластики или являются ретроспективными исследованиями, которые направлены на выявление распространенности аномалий матки среди женщин с высоким и низким репродуктивным риском [4–7]. Согласно общепринятой классификации пороков развития, разработанной Л.В. Адамян (1998), выделяют следующие анатомо-морфологические варианты однорогой матки: с рудиментарным рогом, сообщающимся с полостью основного рога; с замкнутым рудиментарным рогом; с полным отсутствием рудиментарного рога; с рудиментарным рогом без полости. По данным исследований, в 83% случаев определяют замкнутый рудиментарный рог, который не сообщается с полостью основного рога, при этом эндометрий в нем может быть функционирующим или нефункционирующим [8–10]. Гораздо реже встречается вариант замкнутого рудиментарного рога, не сообщающегося с полостью основного рога; беременность в данном случае относят к эктопической внематочной, впервые описанной в 1669 году N. Vassal и H. Mauriceau [11].

По мнению ряда исследователей, показаниями для удаления рудиментарного рога являются болевой синдром, полость с функционирующим эндометрием и беременность в рудиментарном роге [10, 12]. Ряд авторов показывает, что даже при наличии нефункционирующего эндометрия в рудиментарном роге у 56,2% пациенток диагностируется аденомиоз, а также эндометриозидные гетеротопии.

По данным Л.В. Адамян и соавт. [13, 14], даже при отсутствии клинических проявлений рудиментарный рог матки необходимо удалять с последующим морфологическим и гистологическим исследованием. При диагностировании беременности в рудиментарном роге показано его удаление преимущественно лапароскопическим доступом с использованием современных органосохраняющих технологий, технологий кровосбережения.

Клинические проявления беременности в рудиментарном маточном роге неспецифичны и не предполагают наличие патогномоничных симптомов, что в значительной степени затрудняет ее своевременную диагностику. Приблизительно у 40% женщин симптомы отсутствуют, а тянущие боли в животе не являются специфическим признаком для ранней диагностики [15].

Всё большую актуальность приобретает современная тенденция к ранней диагностике беременности в рудиментарном роге, поскольку разрыв маточного рога может вызвать внутрибрюшинное кровотечение, которое может привести к летальному исходу пациентки. Для успешной, своевременной диагностики беременности с рудиментарным рогом необходимо дифференцировать ее от беременности в двуугой матке при первом обследовании пациентки. До беременности трансвагинальное ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография могут быть полезны для того, чтобы отличить двуугой матку от однорогой матки с рудиментарным рогом, поскольку размер рудиментарного рога меньше, чем у нормальной матки.

По данным ряда авторов, снижение смертности с 23 до 0,5% [16] в последние годы может быть связано с достижениями в методах визуализации, таких как ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография, выполняемых до наступления беременности [17]. Однако при постановке диагноза во время беременности

некоторые исследователи утверждали, что предоперационный диагноз беременности в рудиментарном роге был достигнут только в 5% всех зарегистрированных случаев [18], а чувствительность ультразвука до операции составляла 26% [19].

О высокой специфичности и эффективности диагностики пороков развития матки с помощью трехмерного ультразвукового исследования сообщило Европейское общество гинекологической эндоскопии — European Society for Gynaecological Endoscopy [16].

С. Blancafort и соавт. сообщали о пациентке с однорогой маткой с беременностью в несообщающемся рудиментарном роге, которой было проведено предоперационное трехмерное трансвагинальное ультразвуковое исследование с последующей лапароскопической резекцией рудиментарного рога с беременностью [16].

В последние годы лапароскопическая хирургия стала стандартным методом лечения беременности в рудиментарном роге у гемодинамически стабильных пациенток [20]. Во время резекции рудиментарного рога с плодным яйцом кровотечение является основным хирургическим риском, поскольку беременная матка имеет обильный кровоток. При подозрении или постановке диагноза беременности в рудиментарном роге иссечение беременного рога имеет решающее значение, потому что от 80 до 90% таких беременностей в конечном итоге завершаются разрывом, обычно между 10-й и 20-й неделями беременности [21]. Менее 10% беременностей, происходящих в рудиментарном роге, достигают срока, при этом процент спасения плода составляет от 0 до 13% [21].

Для снижения риска кровотечения во время операции в литературе описаны клинические наблюдения с применением медикаментозного лечения, такого как инъекция метотрексата, локально или системно, для уменьшения притока крови к беременной матке с последующей хирургической резекцией. А. В. Edelman и соавт. сообщили о первом случае предоперационного лечения однократной системной инъекцией метотрексата с последующей успешной лапароскопической резекцией рудиментарного рога беременной [22].

При выполнении лапароскопического доступа у пациентки с диагностированной беременностью в рудиментарном роге матки следует помнить о высокой вероятности проведения при необходимости лапароконверсии, а также расширения объема хирургического лечения вплоть до экстирпации матки по показаниям, требующей

высокой квалификации хирурга. Многообразные модификации хирургического удаления рудиментарного рога, при применении которых снижается травматичность операции для основного рога, играют важную роль в лечении беременности в рудиментарном роге матки.

Главная цель хирургического лечения с проведением метропластики основного рога состоит в профилактике несостоятельного рубца на матке и предупреждении возможного развития эктопической беременности.

ВЫВОДЫ

Описанный клинический случай диктует необходимость в настороженности акушеров-гинекологов в диагностике и своевременном хирургическом лечении аномалий развития матки для предупреждения эктопической беременности в рудиментарном роге, сопряженной с грозными осложнениями для жизни пациентки.

Применение таких современных диагностических мероприятий, как ультразвуковое исследование малого таза с использованием 3D-технологий, магнитно-резонансной томографии органов малого таза, поможет уточнить диагноз и при необходимости провести дифференциальную диагностику с другими патологиями.

Маршрутизация пациенток в учреждения 3-го уровня, применение лапароскопических, малотравматичных, органосохраняющих методик с большей вероятностью приводят к прогностически благоприятным результатам лечения, сохранению фертильности у пациенток репродуктивного возраста.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Этический комитет. Рукопись соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 № 266. Протокол исследования одобрен Этическим локальным комитетом ГБУЗ ЛОКБ.

Информированное согласие на публикацию. Авторы указывают, что от пациентов, ставших объектами исследования, получено информированное добровольное согласие на проведение исследования и публикацию его результатов в анонимном виде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Серова В. Н. [и др.]. Гинекология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 1008 с.
2. Стрижаков А. Н., Оленев А. С., Латышкевич О. А. [и др.]. Эктопическая беременность в рудиментарном роге матки // Акушерство и гинекология. 2021. Т. 5. С. 212–218. DOI: 10.18565/aig.2021.5.212-218.
3. Grimbizis G. F., Campo R. Clinical approach for the classification of congenital uterine malformations // Gynecol. Surg. 2012. V. 9, N. 2. P. 119–29. DOI: 10.1007/s10397-011-0724-2.
4. Радзинский В. Е., Ординяц И. М., Оразмурадов А. А. Женская консультация. 2-е изд. Петрозаводск, 2007.
5. Радзинский В. Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
6. Pham N., Arici A. Anatomic factors in recurrent pregnancy loss // Semin Reprod Med. 2006. V. 24, N. 1. DOI: 10.1055/s-2006-931798.
7. Мальгина Г. Б., Репалова Е. Ю., Паначева Н. М. Беременность в аномальной матке: «Парадоксы» ранних сроков // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2011. № 5. С. 85–91.
8. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Хашукоева А. З. Пороки развития матки и влагалища. М.: Медицина, 1998.
9. Khati N., Frazier A., Brindle K. The unicornuate uterus and its variants: clinical presentation, imaging findings, and associated complications // J Ultrasound Med. 2012. V. 31, N. 2. P. 319–331. DOI: 10.7863/jum.2012.31.2.319.
10. Козаченко И. Ф., Аракелян А. С., Фархат К. Н., Адамян Л. В. Клинический случай эктопической беременности в рудиментарном роге матки (описание случая) // Проблемы репродукции. 2016. Т. 22, № 3. С. 129–135. DOI: 10.17116/repro2016223129-135.
11. Fitzmaurice L., Ehsanipoor R., Porto M. Rudimentary horn pregnancy with herniation into the main uterine cavity // Am J Obstet Gynecol. 2010. V. 202, N. 3. P. 5–6. DOI: 10.1016/j.ajog.2009.12.011.
12. Bhagavath B., Behrman E., Salari B., et al. Metroplasty to treat chronic pelvic pain resulting from outflow tract müllerian anomalies // Am J Obstet Gynecol. 2015. V. 213, N. 6. P. 871–873. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.09.007.

13. Кулаков В. И., Адамян Л. В. Эндоскопия в гинекологии: руководство для врачей. М.: Медицина, 2000; 220 с.
14. Адамян Л. В., Фархат К. Н., Макиян З. Н. Комплексный подход к диагностике, хирургической коррекции и реабилитации больных при сочетании аномалий развития матки и влагалища с эндометриозом // Проблемы репродукции. 2016. Т. 22, № 3. С. 84–90. DOI: 10.17116/repro201622384-90.
15. Сулима А. Н., Рыбалка А. Н., Баскаков П. Н. [и др.]. Беременность в рудиментарном роге матки: два клинических случая успешного органосохраняющего лечения // Таврический медико-биологический вестник. 2018. Т. 21, № 1. DOI: 10.18565/aig.2024.55.
16. Blancafort C., Graupera B., Pascual M. A., et al. Diagnosis and laparoscopic management of a rudimentary horn pregnancy: role of three-dimensional ultrasound // J Clin Ultrasound. 2017. V. 45, N. 2. P. 112–5.
17. Souza C. S., Dorneles G. G., Mendonca G. N., et al. Pregnancy in non-communicating Unicornuate uterus: diagnosis difficulty and outcomes — a case report // Rev Bras Ginecol Obstet. 2017. V. 39, N. 11. P. 640–644. DOI: 10.1055/s-0037-1607046.
18. Kaveh M., Mehdizadeh Kashi A., Sadegi K., Forghani F. Pregnancy in non-communicating rudimentary horn of a unicornuate uterus // Int J Fertil Steril. 2018. V. 11, N. 4. P. 318–320. DOI: 10.22074/ijfs.2018.5022.
19. Dhanawat J., Pape J., Stuhlmann-Laeisz C., et al. Ectopic pregnancy in noncommunicating horn of unicornuate uterus: 3D-ultrasound and primary laparoscopic management // Clin Case Rep. 2021. V. 9, N. 5. P. e04261. DOI: 10.1002/ccr3.4261.
20. Sönmezer M., Taskin S., Atabekoglu C., et al. Laparoscopic Management of Rudimentary Uterine Horn Pregnancy: Case Report and Literature Review // JSLs. 2006. V. 10, N. 3. P. 396–399.
21. Сулима А. Н., Румянцева З. С., Кучеренко Ю. А. [и др.]. Беременность в рудиментарном роге матки (обзор литературы) // Сибирский научный медицинский журнал. 2024. Т. 44, № 1. С. 139–146. DOI: 10.18699/SSMJ20240114.
22. Edelman A. B., Jensen J. T., Lee D. M., Nichols M. D. Successful medical abortion of a pregnancy within a noncommunicating rudimentary uterine horn // Am J Obstet Gynecol. 2003. V. 189, N. 3. P. 886–887.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», г. Санкт-Петербург, Россия

Малушко Антон Викторович — врач — акушер-гинеколог, заведующий гинекологическим отделением; e-mail: a-malushko@mail.ru.
Щедрина Ирина Дмитриевна — кандидат медицинских наук, врач — акушер-гинеколог гинекологического отделения; e-mail: forgottenz@mail.ru.

Алексеев Сергей Михайлович — кандидат медицинских наук, главный врач, главный внештатный специалист-онколог Ленинградской области; e-mail: barmet.312@gmail.com.

Назарикова Наталья Владимировна — врач — акушер-гинеколог гинекологического отделения; e-mail: nasarikova0093@mail.ru.

Суворина Олеся Владимировна — врач — акушер-гинеколог гинекологического отделения; e-mail: olesya-suvorina@mail.ru.

Махинов Владимир Алексеевич — кандидат медицинских наук, врач высшей категории гинекологического отделения; e-mail: mahinovva@mail.ru.

Онегова Светлана Борисовна — врач высшей категории гинекологического отделения; e-mail: onegova-sveta@mail.ru.

Институт клинической медицины им. Н. В. Склифосовского — ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия

Силакова Валерия Романовна — студентка VI курса; e-mail: lerasilakova1108@gmail.com.



«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»

Рецензируемый научно-практический журнал,
включен в перечень ВАК по специальностям:

3.1.4. Акушерство и гинекология

3.1.7. Стоматология

3.1.19. Эндокринология

3.1.9. Хирургия

3.1.6. Онкология, лучевая терапия

Принимаются к печати статьи медицинской направленности.

Приглашаем экспертов по данным специальностям к сотрудничеству
в качестве рецензентов научных статей.

Для рецензентов предлагаются льготные условия публикации.

Подробные условия публикаций и рецензирования статей — на нашем сайте www.akvarel2002.ru.

Справки по тел.: +7 (991) 366-00-67, 7-918-524-77-07.

КИСЛОРОДНЫЕ КОНЦЕНТРАТОРЫ

от российского производителя
газогенерирующих систем
для медицины ONH Systems

Мобильный концентратор кислорода Oxymedic Smart
Компактное и современное решение для медицинских
учреждений с низким потреблением кислорода.

Преимущества

- Возможность подключения напрямую к наркозно-дыхательному аппарату и к аппарату искусственной вентиляции легких.
- Низкие затраты на энергоснабжение.
- Компактные размеры.
- Быстрый ввод в эксплуатацию и полностью автоматический режим работы.
- Ценовая доступность.



Технические характеристики

- Производительность: от 10 до 20 л/мин.
- Чистота кислорода: $93 \pm 3\%$.



Мобильный модульный концентратор кислорода Oxymedic Compact
Кислород без границ: мобильный модульный концентратор — простота использования и рост производительности по мере необходимости!

Преимущества

- Быстрый ввод в эксплуатацию и простое обслуживание.
- Компактные размеры.
- Возможность увеличения производительности.
- Не требует комплектации дополнительным кислородным ресивером.
- Модульный принцип.

Технические характеристики

- Производительность: от 10 до 30 л/мин.
- Чистота кислорода: $93 \pm 3\%$.

Модульный генератор кислорода Oxuflow

Кислород, который подстраивается под вас: модульное решение для компактных пространств. Производительность кислорода может быть увеличена непосредственно на месте с помощью простого дополнения модулей с молекулярным ситом без какого-либо квалифицированного персонала.

Преимущества

- Быстрый ввод в эксплуатацию и полностью автоматический режим работы.
- Возможность увеличения производительности.

Технические характеристики

- Производительность: от 40 до 260 л/мин.
- Чистота кислорода: 90 до 95%



Комплексные решения в газоснабжении медицины.

Полный спектр услуг – от проектирования и производства до ввода в эксплуатацию и дальнейшего сервисного обслуживания оборудования.



ООО «ОНХ СИСТЕМС»

Российский производитель
газогенерирующего оборудования
Россия, Москва, Ходынский бул., д. 5, корп. 4
Тел.: +7 (495) 150-44-22

www.onhs.ru. E-mail: info@onhs.ru, sales@onhs.ru

ОТКАЗ ОТ ВЫБОРА СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ХИРУРГИЯ» СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА. АНАЛИЗ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ФАКТОРОВ С ПОЗИЦИЙ ЭКОЛОГИИ ОБРАЗОВАНИЯ

К. И. Попандопуло, С. Б. Базлов, А. Я. Коровин, В. В. Зорик, М. Т. Дидигов, Л. Л. Зайцев, Н. В. Марченко, Д. В. Кармалеев, Э. Э. Алоян

Аннотация. Цель — выявить факторы, определяющие отказ от выбора специальности «хирургия» студентами медицинского вуза. **Материалы и методы.** Проведено анонимное анкетирование среди 337 студентов V и VI курсов, обучающихся в ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Средний возраст анкетированных составил $22,7 \pm 1,6$ года. Использовали анкету Y. Gao и соавт. (2022). Анкета была признана конструктивно валидной ($2/df = 1,748$, нормированный индекс соответствия $>0,9$, сравнительный индекс соответствия $>0,9$, среднеквадратичная ошибка аппроксимации $0,05-0,07$) и приемлемо надежной ($0,87$ и $0,74$ по методу Molenaar — Sijtsma, $0,86$ по методу Guttman: $0,87$ и $0,75$). **Результаты.** Выявлены наиболее значимые факторы, отрицательно влияющие на выбор хирургической специальности, а также различия между женщинами и мужчинами. Для женщин наиболее важными факторы были гендерная

дискриминация, сложности при рождении детей, физически трудная работа, а также отсутствие положительных примеров для подражания. У мужчин основными тревожащими факторами стали высокая степень ответственности, низкий уровень дохода и страх профессионального выгорания. **Заключение.** Для преодоления негативных тенденций при выборе хирургической специальности необходим комплексный подход с участием государства, общественных институтов и коллективов медицинских университетов в виде внедрения новых педагогических технологий, улучшения материально-технического оснащения кафедр и активного привлечения студентов к лечебной, научной и инновационной деятельности.

Ключевые слова: специальность «хирургия», экология образования, анонимное анкетирование, гендерная дискриминация.

REFUSAL TO CHOOSE THE SPECIALTY «SURGERY» BY STUDENTS OF A MEDICAL UNIVERSITY. ANALYSIS OF THE DETERMINING FACTORS FROM THE STANDPOINT OF THE ECOLOGY OF EDUCATION

K. I. Popandopulo, S. B. Bazlov, A. Ya. Korovin, V. V. Zorik, M. T. Didigov, L. L. Zaitsev, N. V. Marchenko, D. V. Karmaleev, E. E. Aloyan

Annotation. Aim — to identify the factors determining the rejection of the choice of specialty “Surgery” by students of a medical university. **Materials and methods.** An anonymous survey was conducted among 337 5th and 6th year students studying at the Federal State Budgetary Educational Institution of the Ministry of Health of the Russian Federation. The average age of the respondents was 22.7 ± 1.6 years. We used the questionnaire Gao Y., et al., (2022). The questionnaire was found to be acceptably reliable (0.86 and 0.74 according to the Molenaar — Sijtsma method, 0.86 according to the Guttman method: 0.87 and 0.75), and had sufficient constructive validity ($2/df = 1.748$, normalized compliance index >0.9 , comparative compliance

index >0.9 , standard error of approximation $0.05-0.07$). **Results.** The most significant factors negatively influencing the choice of surgical specialty, as well as differences between women and men, have been identified. For women, the most important factors were gender discrimination, difficulties in having children, physically difficult work, as well as the lack of positive role models. In men, the main disturbing factors were low income and fear of professional burnout. **Conclusion.** To overcome negative trends in choosing a surgical specialty, an integrated approach is needed with the participation of the state, public institutions and medical university teams in the form of the introduction of new pedagogical technologies, improvement of the material and technical equipment of departments and active involvement of students in medical, scientific and innovative activities.

Keywords: specialty surgery, ecology of education, anonymous survey, gender discrimination.

Снижение числа практикующих хирургов является общемировой проблемой [1–5]. В течение последних 40 лет выпускники медицинских вузов теряют интерес к хирургии [5]. О возможных негативных последствиях такой тенденции еще в 2009 году предупреждала американская Ассоциация медицинских колледжей [6]. По данным некоторых авторов, уже сейчас наблюдается серьезный дефицит хирургов, работающих в сельской местности, и эта ситуация будет только усугубляться [6, 7]. По данным главного хирурга Российской Федерации, укомплектованность штатных должностей врачей-хирургов стационаров и поликлиник на 2023 год составляет не более 89,6% [8]. Возникновение данной проблемы напрямую связано со сложными процессами выбора будущей медицинской специальности студентами медицинских высших учебных заведений [1, 4, 6, 7]. На современном этапе развития высшего медицинского образования в России отмечаются значительные изменения педагогических технологий и улучшение материально-технического обеспечения преподавания дисциплин. Однако существенных изменений качества подготовки специалистов и повышения престижа профессии врача в обще-

стве не произошло [9]. Всё это не может не сказываться на общем качестве оказания медицинской помощи населению. Постоянно углубляющийся кризис культуры, о котором упоминал Д.С. Лихачев [10], затронул и систему образования в виде неэффективности ее традиционных форм. Описанная ситуация требует пересмотра всего образовательного процесса в целом и технологий преподавания в частности. В последнее время образование как культурная подсистема рассматривается с позиций экологии. По мнению Н. В. Попковой [11], важнейшими задачами экологического подхода к образованию являются «выявление содержания образовательного процесса как саморазвивающейся подсистемы социума, необходимой для функционирования социального целого...» и «основание основных направлений образовательного процесса в качестве орудия инкультурации и воспроизведения социокультурной среды». Дефицит хирургических кадров напрямую нарушает кадровую структуру врачебного сообщества и нормальное функционирование подсистемы социума в виде отсутствия адекватного воспроизводства социокультурной среды.

Выбор будущей специальности в большинстве случаев осуществляется в процессе обучения в медицинском вузе, поэтому характер и качество обучения играют огромную роль в процессе самоопределения будущего врача [1]. В связи с этим представляется актуальным изучение факторов, отрицательно влияющих на выбор специальности «хирургия», и разработка мер по повышению интереса к хирургии у студентов медицинских вузов.

Цель — выявить наиболее значимые факторы, определяющие отказ от выбора специальности «хирургия» студентами медицинского вуза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено анонимное анкетирование студентов старших курсов, обучающихся в ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Для этого использовали анкету, предложенную Y. Gao и соавт. (2022). Она была признана конструктивно валидной ($\chi^2/df = 1,748$, нормированный индекс соответствия $>0,9$, сравнительный индекс соответствия $>0,9$, среднеквадратичная ошибка аппроксимации $0,05-0,07$) и приемлемо надежной ($0,87$ и $0,74$ по методу Molenaar — Sijtsma, λ_6 по методу Guttman: $0,87$ и $0,75$) [12].

Всего в исследование включены 349 студентов V и VI курсов. Кроме этого, в анкете были два вопроса о представлении своей будущей специальности на ранних этапах обучения и выборе будущей специальности на момент анкетирования. Средний возраст анкетированных составил $22,7 \pm 1,6$ года. Мужчин было 97 (28,8%), женщин — 240 (71,2%). В процессе проведения исследования и обработки полученной информации 12 наблюдений исключены из исследования в связи с некорректными данными анкеты. Окончательный статистический анализ проведен по данным 337 анкет. Данные анкетирования представляли в виде структурных долей или в виде среднего количества баллов по каждому пункту анкеты. Структурные доли выражали в процентах и сравнивали, применяя кросс-табуляцию в сопряженных таблицах, по критерию χ^2 Пирсона с поправками по необходимости. Описание числовых величин показателей проводили в виде медианы Me и процентилей (25 и 75%), если выборочное числовое распределение не совпадало с нормальным распределением. Сравнение независимых выборок делали с помощью непараметрических методов по критерию Манна — Уитни. Значение $p \leq 0,05$ считали статистически значимым для всех видов анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На ранних этапах обучения уверенно определялись в выборе будущей специальности 149 (44,2%) опрошенных, при этом хирургию выбирал 51 (15,1%) респондент, из них мужчин — 33 (64,7%), женщин — 18 (35,3%). Остальные 188 (55,8%) человек еще не сделали свой выбор. К моменту перехода на старшие курсы медицинского университета изменили свое решение о выборе специальности 15 (83,3%) из 18 женщин и 23 (69,7%) из 33 мужчин, всего 38 (74,5%) из 51 студента, ранее отдававших предпочтение хирургии. Из неопределившихся ранее с выбором специальности респондентов выбор в пользу хирургии в процессе обучения сделали 16 (5,6%) обучающихся — 12 (4,2%) мужчин и 4 (1,4%) женщины. Таким образом, из 337 опрошенных старшекурсников окончательный выбор в пользу хирургической специальности сделали 29 (8,6%) студентов — 22 (75,9%) мужчин

и 7 (24,1%) женщин. Из 97 мужчин выбор в пользу специальности хирургии сделали 22 (22,7%) респондента, из 240 женщин — 7 (2,9%) опрошенных.

Частота выбора специальности «хирургия» у женщин почти в 10 раз ниже по сравнению с мужчинами. У всех студентов проведено анкетирование по выявлению основных факторов, которые вызывают тревогу при планировании своей трудовой деятельности в качестве врача-хирурга. При анкетировании наиболее значимому признаку присваивался коэффициент 10, а наименее значимому — 1. Такое же анкетирование проведено у студентов, отказавшихся от выбора специальности «хирургия» во время обучения. В отличие от других опрашиваемых им предлагалось выбрать один основной фактор, который послужил причиной отказа от специальности «хирургия».

При анализе данных анкетирования респондентов, отказавшихся от выбора специальности «хирургия» в процессе обучения, обращает внимание существенное и статистически значимое (в большинстве случаев $p \leq 0,01$) различие в ответах мужчин и женщин (табл. 1).

Таблица 1

Результаты анкетирования группы отказавшихся от выбора специальности «хирургия» в ходе обучения в зависимости от пола респондента

Фактор	Пол		Значимость различий по критерию χ^2	Всего (n = 38)
	Мужчины (n = 23)	Женщины (n = 15)		
Низкий уровень дохода, n (%)	3 (13,0)	1 (8,7)	0,0367	4 (10,5)
Гендерные предубеждения, n (%)	–	5 (33,3)	0,0006	5 (13,2)
Отсутствие положительных примеров для подражания, n (%)	–	3 (20,0)	0,003	3 (7,9)
Отсутствие баланса между личной жизнью и карьерой, n (%)	6 (26,1)	–	0,0004	6 (15,8)
Сложности, связанные с рождением детей, n (%)	–	4 (26,7)	0,0006	4 (10,5)
Физически трудная работа, n (%)	–	1 (8,7)	0,008	1 (2,6)
Высокая ответственность, n (%)	9 (40,4)	1 (8,7)	0,005	10 (26,3)
Страх профессионального выгорания	–	–	–	–
Перспектива проживания в сельской местности, n (%)	5 (21,7)	–	0,0006	5 (13,2)
Низкое качество преподавания специальности	–	–	–	–
Итого, n (%)	23 (100)	15 (100)	–	38 (100)

Для большинства мужчин, а именно для 9 (40,4%), основным фактором, послужившим причиной для отказа от выбора хирургической специальности, стал страх высокой ответственности за возможные допущенные ошибки при лечении пациентов. Вторым по значимости фактором послужило отсутствие баланса между личной жизнью и карьерным ростом; этот пункт выбрали 6 (26,1%)

опрошенных мужчин. Возможное проживание в сельской местности и работа в условиях районной или участковой больницы испугали 5 (21,7%) студентов мужского пола. Для опрошенных женщин наиболее существенными факторами оказались сложности, связанные с рождением детей, и гендерные предубеждения, которые выбрали по 5 (33,3%) респондентов женского пола.

Отдельно анкетирование проведено у студентов, выбравших специальность «хирургия». В этой же анкете им предлагалось указать на наиболее значимый фактор, который вызывает у них тревогу при планировании своей хирургической карьеры. Результаты тестирования представлены в таблице 2.

По результатам анкетирования установлено, что для респондентов мужского пола наиболее тревожащими факторами являются отсутствие баланса между карьерой и личной жизнью — так ответили 50% опрошенных, низкий предполагаемый уровень дохода на ранних этапах карьеры хирурга — 22,7% опрошенных, и перспектива проживания в сельской местности — 18,2% опрошенных. У респондентов женского пола наибольшую тревогу вызывают трудности, связанные с рождением детей — 42,9%, а также возможность столкнуться с гендерными предубеждениями — 28,6%. Физически трудная работа и низкий уровень дохода беспокоили только 14,3% из опрошенных лиц женского пола.

При проведении анкетирования у остальных 270 студентов по 10-балльной шкале предлагалось оценить степень важности каждого фактора, который отрицательно влияет на выбор специальности в пользу хирургии.

Таблица 2

Результаты анкетирования группы выбравших специальность «хирургия» в ходе обучения в зависимости от пола респондента

Фактор	Пол		Значимость различий по критерию χ^2	Всего (n = 29)
	Мужчины (n = 22)	Женщины (n = 7)		
Низкий уровень дохода, n (%)	5 (22,7)	1 (14,3)	0,0367	6 (20,7)
Гендерные предубеждения, n (%)	–	2 (28,6)	0,0006	2 (6,9)
Отсутствие положительных примеров для подражания	–	–	–	–
Отсутствие баланса между личной жизнью и карьерой, n (%)	11 (50)	–	0,0004	11 (37,9)
Сложности, связанные с рождением детей, n (%)	–	3 (42,9)	0,0006	3 (10,3)
Физически трудная работа, n (%)	–	1 (14,3)	0,008	1 (3,4)
Высокая ответственность, n (%)	1 (4,5)	–	0,005	1 (3,4)
Страх профессионального выгорания, n (%)	1 (4,5)	–	–	1 (3,4)
Перспектива проживания в сельской местности, n (%)	4 (18,2)	–	0,0006	4 (13,8)
Низкое качество преподавания специальности	–	–	–	–
Итого, n (%)	22 (100)	7 (100)	–	29 (100)

Не определились с выбором специальности 57 (21,1%) респондентов. Еще 18 (6,7%) вообще не планировали работу, связанную непосредственно с лечением больных, а позиционировали себя в качестве медицинских представителей фармакологических компаний или фирм, производящих медицинское оборудование, работников страховых компаний или вообще не собирались заниматься врачебной деятельностью. Из выбранных специальностей наиболее популярными были гинекология — 43 (15,9%) студента, косметология — 32 (11,9%) опрошенных, кардиология — 30 (11,1%) респондентов, эндокринология — 27 (10%) студентов, ультразвуковая или лучевая диагностика — 23 (8,5%) из опрошенных, неврология — 15, андрология и функциональная диагностика — по 10 (3,7%) респондентов, прочие специальности — 5 (1,9%).

При анализе факторов, отрицательно влияющих на выбор хирургической специальности, выявлены различия в структуре ответов между мужчинами и женщинами. Так, для мужчин наиболее значимыми факторами являлись высокая степень ответственности — средний балл $8,9 \pm 1,7$, отсутствие баланса между личной жизнью и работой — средний балл $8,5 \pm 1,4$, и низкий уровень дохода — $7,5 \pm 0,8$ балла (табл. 3).

Менее значимыми оказались факторы: страх профессионального выгорания — $5,8 \pm 0,2$ балла, возможная перспектива проживания в сельской местности — $5,6 \pm 0,4$ балла и физически трудная работа — $5,3 \pm 0,3$ балла. На 7-м месте по значимости оказался фактор низкого качества преподавания специальности — $4,4 \pm 0,2$ балла. Практически не волновали респондентов-мужчин такие факторы, как гендерные предубеждения, сложности, связанные с рождением детей и отсутствие положительного примера для подражания. У опрошенных женщин структура ответов на вопросы в анкете кардинально отличалась от результатов, полученных у мужчин. Наиболее значимыми факторами для опрошенных женщин являлись физически трудная работа — $8,2 \pm 0,3$ балла,

Таблица 3

Результаты анкетирования в зависимости от пола респондента

Фактор	Пол		Значимость различий по критерию χ^2
	Мужчины (n = 52)	Женщины (n = 218)	
Низкий уровень дохода	$7,5 \pm 0,8$	$7,0 \pm 0,5$	$p > 0,05$
Гендерные предубеждения	$1,2 \pm 0,6$	$7,6 \pm 0,3$	$p < 0,05$
Отсутствие положительных примеров для подражания	$2,1 \pm 0,3$	$5,8 \pm 0,7$	$p < 0,05$
Отсутствие баланса между личной жизнью и карьерой	$8,5 \pm 1,4$	$3,8 \pm 0,6$	$p < 0,05$
Сложности, связанные с рождением детей	$3,2 \pm 0,6$	$7,1 \pm 0,5$	$p < 0,05$
Физически трудная работа	$5,3 \pm 0,3$	$8,2 \pm 0,3$	$p < 0,05$
Высокая степень ответственности	$8,9 \pm 1,7$	$3,6 \pm 0,4$	$p < 0,05$
Страх профессионального выгорания	$5,8 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,4$	$p < 0,05$
Возможная перспектива проживания в сельской местности	$5,6 \pm 0,4$	$0,3 \pm 0,1$	$p < 0,05$
Низкое качество преподавания специальности	$4,4 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$	$p < 0,05$
Другое	$2,5 \pm 0,1$	$0,7 \pm 0,1$	$p < 0,05$

гендерные предубеждения — $7,6 \pm 0,3$ балла, сложности, связанные с рождением детей — $7,1 \pm 0,5$ балла и низкий уровень дохода — $7,0 \pm 0,5$ балла. В меньшей степени женщин беспокоило отсутствие положительных примеров для подражания — $5,8 \pm 0,7$ балла, высокая степень ответственности — $3,6 \pm 0,4$ балла, отсутствие баланса между личной жизнью и карьерой — $3,8 \pm 0,6$ балла, а также страх профессионального выгорания — $2,2 \pm 0,4$ балла. Низкое качество преподавания специальности заняло в структуре ответов у женщин 8-е место с $2,1 \pm 0,1$ балла.

ОБСУЖДЕНИЕ

Очевидно, что по мере получения высшего медицинского образования приходит и понимание всех положительных и отрицательных сторон выбранной специальности, и это понимание работает не в пользу выбора хирургии [13]. Решение этой проблемы должно предполагать комплексный подход с участием как государственных, так и общественных институтов, а также образовательных учреждений. Решение проблемы «низкого уровня дохода» и опасения, что наличие семьи и рождение детей могут повлиять на карьеру хирурга, должно быть реализовано на государственном уровне в виде повышения заработной платы хирургам, особенно работающим в сельской местности, и уровня социальной защищенности их семьям. Некоторые шаги в этом направлении уже делаются, и их в определенной мере можно признать успешными. Гендерная предвзятость, которая существует в отношении женщин-хирургов, является серьезным фактором риска отказа от профессии. Вопросы гендерных предубеждений в отношении женщин-хирургов занимают второе место по значимости среди опрошенных нами женщин, и эти опасения не лишены оснований. По данным опроса 336 хирургов, проведенного J. M. Rasmussen и соавт. в 2020 году, 34% женщин-хирургов сталкивались с гендерной предвзятостью, что привело к меньшей степени удовлетворенности своей карьерой; 89% мужчин и 76% женщин считают, что наличие семьи и ребенка не способствует их практике [3]. В этом же опросе установлено, что проблемы достижения баланса между карьерой и личной жизнью одинаково волнуют мужчин и женщин. В нашем исследовании мы получили существенную разницу в ответах. Проблемы баланса личной жизни и карьеры больше волнуют мужчин, нежели женщин. Вероятно, это связано с особенностями нашего национального менталитета, т. к. мужчинам необходимо больше свободного времени для создания приемлемого качества личной жизни. Похожие данные приводят С. W. Q. Ng и соавт., проводившие тестирование студентов-медиков в 2020 году [4].

Борьба с гендерной предвзятостью должна осуществляться на государственном уровне с широким привлечением общественных организаций и институтов. Задачей медицинского университета является защита студенческой среды от проникновения негативных мифов о подготовке хирургов, их личности и образе жизни [5], и акцентирование внимания на преимуществах выбора профессии хирурга. Многих женщин пугают физические трудности в работе хирурга. Следует разъяснять, что развитие передовых технологий приводит к появлению новых направлений в хирургии, где работа не требует чрезмерных физических усилий и временных затрат. Одним из при-

меров может служить направление интервенционной радиологии. Оперативные вмешательства, проводимые интервенционными радиологами, характеризуются малой длительностью и отсутствием физических затрат на их выполнение. Кроме того, специальность «интервенционная радиология» предполагает наличие двух сертификатов — по хирургии и ультразвуковой диагностике, что значительно расширяет окно возможностей при трудоустройстве такого специалиста.

Малое число положительных примеров для подражания у женщин, желающих получить хирургическую специальность, также является вполне решаемой проблемой при проведении образовательного процесса. Во всем мире есть немало женщин, сделавших успешную хирургическую карьеру. Организация круглых столов, проблемных лекций с участием таких женщин-хирургов поможет многим студенткам обрести уверенность и утвердиться в выборе специальности «хирургия».

Необходимо использовать зарубежный опыт преподавания хирургических специальностей, такой как совместный проект гинекологии, урологии и общей хирургии SOCIUS mentoring, который был разработан для подготовки и поощрения студентов к карьере в области хирургической онкологии. Структурированная учебная программа SOCIUS mentoring состоит из шести модулей, включающих хирургические навыки, softskills, наставничество, теорию, посещение клиники и участие в конгрессах. Программа рассчитана на один год, а после ее прохождения с помощью анкетирования определялась уверенность студентов в полученных навыках и планах относительно будущей карьеры. Практически все участники программы отметили возросшую уверенность в полученных навыках и увидели большой потенциал для развития карьеры хирурга [13]. Авторы считают, что предложенная программа SOCIUS mentoring, сочетающая наставничество и развитие практических компетенций, является многообещающей мерой для подготовки и мотивации студентов к их карьере хирурга и, таким образом, противодействует нехватке молодых талантов. Благодаря модульной структуре и возможности создания дополнительных модулей, таких как soft skills, эта программа может быть легко реализована при преподавании других дисциплин.

Кроме того, полезными могут оказаться дополнительные программы освоения простейших практических врачебных компетенций, которые можно проводить в центрах практических навыков медицинских университетов. По данным J. Sheltoni соавт. (2019), в результате выполнения двухкомпонентного задания в виде анкетирования и упражнения с простым лапароскопическим тренажером 45,3% студентов сообщили о положительном решении продолжить карьеру хирурга [14].

Еще одним фактором, негативно влияющим на принятие решения о выборе хирургической специальности, является высокий уровень ответственности. Страх ответственности за принятые решения и выполненные действия присутствует у многих студентов медицинских университетов. Отчасти это обусловлено особенностями правовой среды, в которой мы живем и работаем, но в большей степени инфантилизмом многих молодых людей и нежеланием выходить из зоны психологического комфорта. Чувство ответственности — это всегда определенный дискомфорт. В этом направлении необходимы

значительные педагогические усилия, направленные на формирование этого чувства. Это относится и к теоретической подготовке, и к аудиторным занятиям, и к внедрению новых педагогических технологий в виде специально разработанных деловых игр, при проведении которых студенты будут вынуждены принимать диагностические и тактические решения в конкретной клинической ситуации с последующим разбором возможных последствий этих решений. Особенно важная роль в этом процессе отводится личному примеру преподавателя и институту наставничества, который в настоящее время активно внедряется в образовательный процесс медицинских вузов. Студентам необходимо объяснять, что ошибки во врачебной практике неизбежны, и ошибиться может каждый.

Страшна не просто ошибка — более страшной является не замеченная и вовремя не исправленная ошибка. Нивелировать этот фактор также может дальнейшее развитие мер по страхованию профессиональной ответственности врачей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дефицит хирургических кадров, являющийся общемировой проблемой, с позиции экологии образования напрямую нарушает нормальное функционирование подсистемы социума в виде отсутствия адекватного воспроизводства социокультурной среды. Это отрицательно влияет на качество оказания квалифицированной медицинской помощи населению и определяет необходимость принятия срочных мер для повышения интереса студентов-медиков к хи-

рургическим специальностям. Выявленные в процессе проведенного исследования факторы, отрицательно влияющие на выбор хирургической специальности, помогут в организации комплексного подхода к решению данной проблемы с активным участием государственных и общественных институтов. Внедрение новых образовательных технологий, обучение преподавателей педагогическим методам воздействия на процесс выбора будущей специальности в учебной, лечебной и воспитательной работе, улучшение материально-технического оснащения для широкого привлечения студентов к научной и инновационной работе кафедры должны привести к увеличению числа обучающихся, заинтересованных в выборе хирургической специальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеенко С. Н., Гайворонская Т. В., Дробот Н. Н. Выбор врачебной специальности и личностные характеристики студентов выпускного курса медицинского вуза // *Современные наукоемкие технологии*. 2020. Т. 9. С. 94–100. DOI: 10.17513/snt.38221.
2. Chiu H. Y., Chiang C. M., Kang Y. N., et al. Development of a social cognitive career theory scale for measuring the intention to select surgery as a career // *Heliyon*. 2023. V. 9, N. 11. P. e21685. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e21685.
3. Rasmussen J. M., Najarian M. M., Ties J. S., et al. Career Satisfaction, Gender Bias, and Work-Life Balance: A Contemporary Assessment of General Surgeons // *J Surg Educ*. 2021. V. 78, N. 1. P. 119–125. DOI: 10.1016/j.jsurg.2020.06.012.
4. Ng C. W. Q., Syn N. L., Hussein R. B. M., et al. Factors Attracting or Deterring Female Medical Students in Asia From Pursuing a Surgical Career, and the Impact of Surgical Clerkship, Mentorship, and Role Models: A Multicultural Asian Perspective From a National Prospective Cohort Study // *J Surg Res*. 2021. V. 260. P. 200–209. DOI: 10.1016/j.jss.2020.11.053.
5. St Hilaire C., Kopilova T., Gauvin J. M. Attracting the Best Students to a Surgical Career // *Surg. Clin. North. Am.* 2021. V. 101, N. 4. P. 653–665. DOI: 10.1016/j.suc.2021.05.011.
6. Boyd J. S., Clyne B., Reinert S. E., Zink B. J. Emergency medicine career choice: a profile of factors and influences from the Association of American Medical Colleges (AAMC) graduation questionnaires // *Acad. Emerg. Med*. 2009. V. 16, N. 6. P. 544–549. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2009.00385.x.
7. Васильева Е. Ю., Дьяченко Е. В., Гайкина М. Ю. Я хирургом стать хочу? Исследование факторов выбора специальности // *Вестник Уральского государственного медицинского университета*. 2018. № 1. С. 13–18.
8. Ревишвили А. Ш., Оловянный В. Е., Гогия Б. Ш. [и др.]. Хирургическая помощь в Российской Федерации. М., 2024. 192 с.
9. Артюхов И. П., Шульмин А. В., Добрецова Е. А. [и др.]. Дефицит врачебных кадров: есть ли перспективы для изменений? // *Социология медицины*. 2017. Т. 16, № 2. С. 115–118.
10. Лихачев Д. С. Экология культуры // *Русская культура*. М.: Искусство, 2000. С. 91–101.
11. Попкова Н. В. Экология образования как часть экологии культуры // *Педагогика и просвещение*. 2017. № 1. С. 57–65. DOI: 10.7256/2454-0676.2017.1.21707.
12. Gao Y., Bai X., Sun L., Jia D. Development of a career questionnaire for medical undergraduates using Mokken scale analysis // *BMC Med Educ*. 2022. V. 22, N. 1. P. 286. DOI: 10.1186/s12909-022-03340-8.
13. Klapdor R., Kleine M., Schilling T., et al. SOCIUS Mentoring-A Novel Course to Encourage Students for a Career as Surgical Oncologists // *Med Sci*. 2022. V. 10, N. 3. P. 35. DOI: 10.3390/medsci10030035.
14. Shelton J., Obregon M., Luo J., et al. Factors Influencing a Medical Student's Decision to Pursue Surgery as a Career // *World J Surg*. 2019. V. 43, N. 12. P. 2986–2993. DOI: 10.1007/s00268-019-05167-9.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар, Россия
 Попандопуло Константин Иванович — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии; ORCID: 0000-0002-8668-7442.
 Базлов Сергей Борисович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии; e-mail: serb64@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-0610-3516.
 Коровин Александр Яковлевич — профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии; ORCID: 0000-0002-7986-4455.
 Зорик Владимир Владимирович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии; ORCID: 0000-0002-6125-2418.
 Дидигов Мурат Тамерланович — доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии.
 Марченко Николай Владимирович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии; ORCID: 0000-0002-7583-8321.
 Зайцев Леонард Леонидович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии; ORCID: 0000-0003-2571-6155.
 Кармалеев Даниил Владиславович — студент VI курса лечебного факультета; ORCID: 0000-0003-2571-6155.
 Алоян Эдгар Эдуардович — ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии.

КРОВОИЗЛИЯНИЕ В НАДПОЧЕЧНИКИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

М. Н. Уманский, А. В. Гугуева, Н. Л. Симонова

Аннотация. Кровоизлияние в надпочечники у новорожденных обычно возникает с правой стороны, что обусловлено их анатомической особенностью. В большинстве случаев событие протекает бессимптомно, но в некоторых наблюдениях оно может быть опасным для жизни новорожденного и привести

к надпочечниковой недостаточности. Описаны клинические случаи кровоизлияния в надпочечники новорожденных с благоприятным исходом и консервативной тактикой.

Ключевые слова: новорожденные, надпочечники, кровоизлияния, ультразвуковая диагностика.

ADRENAL HEMORRHAGES IN FULL-TERM NEWBORNS. CLINICAL CASES

M. N. Umansky, A. V. Gugueva, N. L. Simonova

Annotation. Neonatal adrenal haemorrhage usually occurs on the right side of the adrenal gland due to its anatomical feature. In most cases, the event is asymptomatic, but in some cases it can be life-

threatening to the newborn and lead to adrenal insufficiency. Clinical cases of neonatal adrenal haemorrhage with a favourable outcome and conservative tactics have been described

Keywords: newborns, adrenal glands, haemorrhages, ultrasound diagnostics.

Кровоизлияния в надпочечники у новорожденных встречаются относительно редко (0,2–0,55%) в неонатальном периоде [1, 2]. Известно, что у новорожденных размеры надпочечников значительно превышают размеры относительно массы тела — примерно в 10–20 раз больше, чем у взрослых. Это в свою очередь приводит к повышенной васкуляризации и усиленному кровоснабжению органа [3, 4]. Такой внушительный размер надпочечника у новорожденного обусловлен выраженным эмбриональным развитием коркового слоя надпочечника [3, 4]. Анатомически корковое и мозговое вещества имеют различное эмбриональное происхождение. Корковая часть надпочечников развивается раньше — на 5-й неделе эмбриогенеза из целомиического эпителия у корня брыжейки [5]. Клетки сетчатой зоны коркового вещества надпочечников обладают способностью вырабатывать большое количество предшественников стероидных гормонов. Плацента использует их для производства прогестерона, поддержания беременности и подавления сокращений матки. В свою очередь мозговой слой надпочечника развивается из клеток нервного гребня. Кора надпочечника составляет большую его часть к моменту рождения ребенка и окружает мозговое вещество. Затем кора надпочечника претерпевает значительные изменения (рис. 1). Так, через 7–10 дней после рождения эмбрио-

нальное корковое вещество надпочечников резко истончается за счет процессов апоптоза первичной коры. И в течение первых четырех недель жизни надпочечники новорожденного теряют около трети своего веса из-за регрессии примитивной коры. В течение первых двух недель жизни ребенка масса железы уменьшается с 12 до 5 грамм за счет инволюции временной коры надпочечника [5, 6].

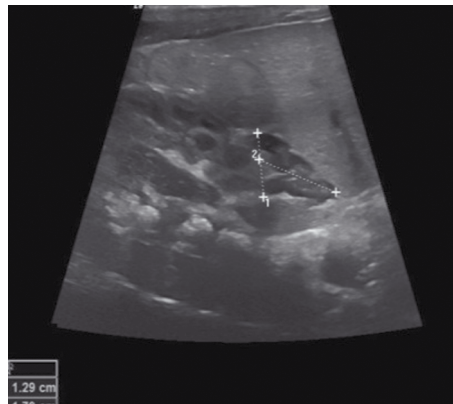


Рис. 1. Визуализация надпочечника новорожденного в раннем неонатальном периоде

G. Esslami и соавт. пишут: «кровоизлияние в надпочечники у новорожденных чаще всего (около 70%) возникает с правой стороны ввиду его анатомической особенности, а именно расположение между печенью и позвоночником, что легко может привести к его сдавлению, поэтому необходимо помнить об уязвимости этого органа» [8]. Однако в 10% слу-

чаев возможно двустороннее поражение надпочечников [1, 6, 7, 8].

Этиология кровоизлияния в надпочечники многофакторная. Наиболее частыми причинами кровоизлияния в надпочечники у новорожденных являются механическая компрессия во время родов и изменение венозного давления. Как известно, венозный отток от правого надпочечника осуществляется по надпочечниковой вене в нижнюю полую вену, а венозный отток из левого надпочечника происходит несколько иначе, а именно: левая надпочечниковая вена впадает в левую почечную вену [5–7, 9]. За счет этих анатомических особенностей правый надпочечник является более зависимым от изменения давления в венозном русле [9]. При механическом сдавлении надпочечника изменяется венозное давление и возрастает частота повреждения паренхиматозного органа.

Кроме того, в литературе описаны другие факторы, приводящие к возникновению кровоизлияния в надпочечник: асфиксия, септицемия и нарушение свертывания крови [10]. При наличии фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии возникает централизация кровообращения с перераспределением крови в сторону центральной нервной системы, сердца и надпочечников плода, что приводит к еще большему усилению кровотока с последующим застоем и повреждением эндотелия сосудов [4, 7].

В условиях гипоксии венозные синусоиды коры надпочечников становятся полнокровны. Это в свою очередь приводит к повышению давления, снижению кровотока и гипоксии тканей. При стрессе и повышенном уровне адренокортикотропного гормона возникает спазм вен надпочечников, в результате чего венозный отток нарушается, происходит венозная застой и венозный тромбоз, приводящий к кровоизлиянию [3, 4, 11].

Патоморфологические изменения, связанные с кровоизлиянием в надпочечник, можно рассматривать как инфаркт, за которым следует реперфузионное повреждение [11].

По данным ретроспективного исследования за период 2001–2013 гг., проведенного группой авторов из Венгрии, из 26 416 новорожденных у 74 (0,28%) при выполнении ультразвукового исследования органов брюшной полости было диагностировано кровоизлияние в надпочечники [5]. Наиболее предрасполагающими факторами риска оказались вагинальные роды, макросомия и ацидемия плода. Затяжные роды, тазово-головная диспропорция плода, быстрые и стремительные роды, применение акушерских пособий в родах также могут являться триггером возникновения кровоизлияния в надпочечники плода.

Клинические проявления кровоизлияния в надпочечник переменны. Иногда наблюдается интенсивная желтуха, пальпируемые образования в брюшной полости и анемия [11, 12]. Нередко фиксируется вялость, повышение температуры тела, тахипноэ и тахикардия, отказ от вскармливания, одышка с акроцианозом, шоковое состояние и судороги при обширных гематомах, однако эти симптомы являются поздними. Ярких, патогномичных симптомов при кровоизлиянии в надпочечники нет, поэтому ошибочно могут поставить диагноз сепсис, пневмонию [13]. В большинстве случаев при родовой травме клиническая картина обусловлена наличием внутреннего кровотечения, признаками коллапса и перитонита [13]. Надпочечниковая недостаточность встречается редко, но если она имеет место, то, как правило, проявляется в раннем неонатальном периоде. Тяжелые односторонние случаи кровоизлияния часто проявляются гиповолемическим шоком,

тогда как при двустороннем кровоизлиянии более очевидны признаки гипoadренекортицизма [7, 8]. Надпочечники обладают хорошей регенеративной способностью, и большинство кровоизлияний не связаны со значительной надпочечниковой недостаточностью [7].

Заподозрить кровоизлияние в надпочечники можно на 3–5-е сутки жизни: состояние ребенка резко ухудшается, появляются срыгивания, вялость или беспокойство. Отхождение мекония происходит в обычном режиме, в ряде случаев он может быть задержан, живот вздут — появляются признаки абдоминального синдрома [13].

Кровоизлияния в надпочечники по своим клиническим проявлениям и течению необходимо дифференцировать с поражением центральной нервной системы, нейробластомой и поражением внутренних органов при родовой травме [7, 13]. Ультразвуковое исследование является основным и приоритетным методом диагностики как для предварительного скрининга, так и для последующей оценки, позволяющим выполнить серию снимков в зоне повреждения, а также провести исследование в динамике заболевания. При наличии тяжелых травматичных родов и подозрении на родовую травму проводят обзорную рентгенограмму. На рентгенограмме органов брюшной полости можно увидеть увеличенные надпочечники, а также затемнение в нижних отделах, что позволяет заподозрить наличие скопления жидкости в брюшной полости.

Совокупность данных анамнеза родов, клинической картины, течения заболевания, ультразвукового и рентгенологического исследований позволит выставить правильный диагноз, который определит дальнейшую тактику ведения и лечения новорожденных с кровоизлиянием в надпочечники.

Учитывая стертую картину заболевания и определенные трудности в своевременной постановке диагноза, нами были проанализированы случаи возникновения кровоизлияния в надпочечники у доношенных новорожденных в ГБУ РО «Перинатальный центр» за первое полугодие 2024 г.

Клинический случай 1

Пациентка О., 21 год. Поступила в ГБУ РО «Перинатальный центр»

на плановую дородовую госпитализацию для проведения преиндукции родов в сроке беременности 39 недель 3 дня в связи с гестационным сахарным диабетом. Учитывая «недостаточно зрелую» шейку матки (6 баллов по шкале Бишопа), интрацервикально установлен катетер Фолея. По достижении зрелости родовых путей катетер Фолея экспульсировал, выполнена амниотомия с целью индукции родовой деятельности с последующим родовозбуждением. Роды протекали без осложнений. Общая продолжительность родов составила 9 часов 30 минут. Родилась девочка массой 3250 г, ростом 50 см, в удовлетворительном состоянии, с оценкой по шкале Апгар 7–9 баллов. Ранний неонатальный период осложнился нарастанием желтухи. На 3-и сутки жизни девочка переведена в отделение патологии новорожденных. На 5-е сутки жизни ребенку выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. По результатам выявлено кровоизлияние в правый надпочечник размерами 23 × 18 × 19,5 мм, объемом 19 см³ (рис. 2).

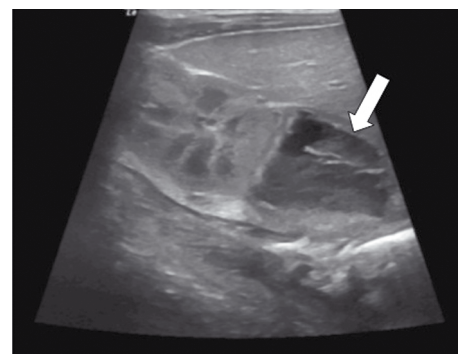


Рис. 2. Гематома правого надпочечника новорожденной пациентки О. с преимущественным жидкостным компонентом; 5-е сутки жизни

За время пребывания ребенка в отделении отмечали клинические признаки анемии в виде бледности кожных покровов, а также отклонения при лабораторном обследовании пациента в виде ацидоза, гипонатриемии, гиперкалиемии, гипербилирубинемии, анемии: рН — 7,16, Нг — 109 г/л, гематокрит — 33%, Na⁺ — 121 ммоль/л, K⁺ — 5,4 ммоль/л, билирубин общий — 368 мкмоль/л, прямой — 23 мкмоль/л. Клинических данных о наличии итоксикационного синдрома, а также клинических признаков надпочечниковой

недостаточности выявлено не было. При динамическом ультразвуковом исследовании отмечено уменьшение размеров гематомы правого надпочечника и изменение состояния эхоструктуры гематомы с преимущественно жидкостной на более организованную — в виде гиперэхогенных тромботических масс (рис. 3). На 24-е сутки девочка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

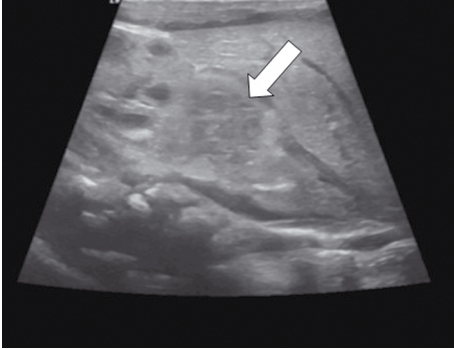


Рис. 3. Гематома правого надпочечника новорожденной пациентки О. Исследование в динамике на 23-и сутки жизни; тромботические массы в стадии организации и частичного лизиса

Клинический случай 2

Пациентка Н., 24 года. Поступила в Перинатальный центр с жалобами на болезненные схватки. После осмотра был выставлен диагноз «1-й период — трое самопроизвольных родов в затылочном предлежании. Беременность после вспомогательных репродуктивных технологий: экстракорпоральное оплодотворение + интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида». Роды ввели на фоне эпидуральной анальгезии. Второй период родов осложнился слабостью потуг. Учитывая отсутствие тазово-головной диспропорции, удовлетворительное состояние плода, по данным мониторинга кардиотокограммы была начата родостимуляция окситоцином на инфузомате со скоростью 3,6 мл/час с постепенным увеличением скорости введения до достижения эффективных потуг. Скорость введения постепенно доведена до 10,8 мл/час. Схватки слабой силы, монотонные, безэффективные. Женщина была утомлена, эмоционально истощена. Поступательного продвижения головки плода на потугу не было. Учитывая слабость потужного периода, а также отсутствие эффекта от родостимуляции окситоцином, наличие условий для влагалищного оперативного родо-

разрешения, с информированного согласия женщины принято решение завершить роды наложением вакуум-экстрактора на головку плода. В режиме потуг за три тракции без затруднений головка плода выведена до теменных бугров. Чашечка вакуум-экстрактора снята, диагностирована дистоция плечиков. Последовательно выполнены приемы первой линии: Мак-Робертса, «надлобковое давление», прием Жакмира (извлечение задней ручки плода). После чего родился новорожденный мужского пола массой 3900 г, рост 53 см, с оценкой по шкале Апгар 6–7 баллов. Ребенок находился на совместном пребывании с матерью в физиологическом отделении. На третьи сутки жизни у новорожденного появились признаки дыхательной недостаточности, состояние было расценено как средней тяжести за счет выраженной одышки. Новорожденный переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. В отделении находился на кислородной поддержке через назальные канюли. Клинических данных о наличии надпочечниковой недостаточности выявлено не было. При лабораторном обследовании пациента обнаружен респираторный ацидоз, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом до миелоцитов, анемия, гипогликемия, гиперкалиемия: лейкоциты — 38×10^9 , нейтрофильный индекс — 0,22, гемоглобин — 98 г/л, К⁺ — 5,8 ммоль/л, билирубин общий — 372 мкмоль/л, прямой — 29 мкмоль/л, глюкоза — 1,8 ммоль/л. За время лечения и обследования выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства — зафиксирована обширная гематома правого надпочечника размерами 45 × 30 × 40 мм, объемом 24 см³. При динамическом ультразвуковом мониторинге отмечено уменьшение объема кровоизлияния до 10 мл. Ребенок выписан на 27-й день жизни с положительной динамикой за счет купирования дыхательной недостаточности, гемодинамических нарушений, интоксикационного синдрома и улучшения неврологического статуса. При выполнении УЗИ органов брюшной полости в кабинете катамнеза в возрасте 3 месяцев выявлен полный регресс кровоизлияния, однако отмечено наличие единичных гиперэхогенных включений в проекции правого надпочечника, что было

расценено как наличие единичных кальцинатов (рис. 4).

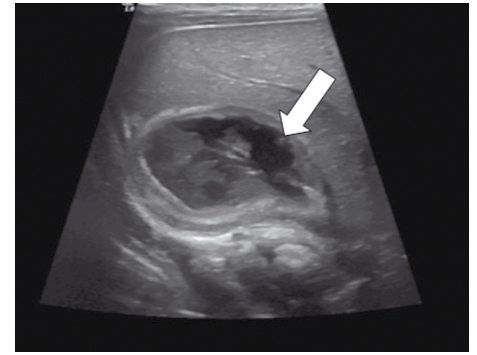


Рис. 4. Обширная гематома правого надпочечника новорожденной пациентки Н. объемом 24 см³

ОБСУЖДЕНИЕ

Факторы риска формирования кровоизлияния в надпочечники включают гестационный сахарный диабет, ожирение у матери, макросомию, перинатальную асфиксию, тяжелый сепсис, затяжные роды, тазовое предлежание плода, влагалищное оперативное родоразрешение, нарушение свертываемости крови, прием антикоагулянтов [8, 14]. Так и в наших наблюдениях: пациент О. (1-й клинический случай) был рожден от матери с гестационным сахарным диабетом, а роды во втором случае закончились влагалищным оперативным родоразрешением. Любое состояние, вызывающее гипоксию, приводит к централизации кровообращения к жизненно важным органам, в т. ч. и к надпочечникам [8]. В свою очередь адренкортикотропный гормон, выделяемый в условиях стресса, оказывает повреждающее действие на эндотелий сосудов и делает его уязвимым к гипоксии и кровотечению [15].

По данным литературы, кровоизлияния в надпочечники в основном разрешаются в течение первых месяцев жизни, что подтверждается при динамическом ультразвуковом исследовании [8, 11, 12, 16]. У наблюдаемого нами пациента полный регресс кровоизлияний отмечали к 3-му месяцу жизни. При этом наличие кальцинатов на месте кровоизлияния может наблюдаться у одной трети детей до года [8]. Так и у ребенка Н.: кальцинаты фиксировали в правом надпочечнике при дальнейшем ультразвуковом мониторинге до года жизни.

В обоих клинических случаях кровоизлияние в надпочечник было правосторонним, что соотносится и с данными литературы. Анемический синдром, а также гипербилирубинемия наблюдались у обоих детей, несмотря на одностороннее поражение надпочечника. Однако обширные гематомы надпочечника в обоих случаях не привели к нарушению их функции и развитию надпочечниковой недостаточности: во-первых, из-за одностороннего поражения, а во-вторых, из-за того, что даже наличие минимальной остаточной ткани коры надпочечников достаточно для предотвращения этого грозного осложнения. В литературе описаны лишь единичные случаи развития гипокортицизма при двухстороннем кровоизлиянии в надпочечники [8]. Кроме того, большинство кровоизлияний в надпочечники являются субкапсулярными, т. е. не затрагивающими глюкокортикоид-продуцирующую кору, что дополнительно объясняет редкость проявления надпочечниковой недостаточности у новорожденных. В наших наблюдениях мы не можем точно говорить о топографии кровоизлияния в надпочечнике, опираясь только на данные ультразвукового исследования, тем более при такой обширной гематоме. Можно лишь предположить, где именно расположено кровоизлияние, ввиду того что гематома может смещать и сдавливать прилежащую ткань.

Для уточнения данных о топографии кровоизлияния (субкапсулярное или же затрагивает паренхиму органа) необходима морфологическая оценка гематомы, что в наших клинических случаях по понятным причинам не представлялось возможным.

Причины возникновения кровоизлияния разнообразны, что подтверждается данными литературы [17]. Чаще описаны случаи ускорения родов: например, излишняя стимуляция родов, «выдавливание» плода (прием Кристеллера) и т. д. Травматичные вагинальные роды являются одним из факторов риска развития кровоизлияния в надпочечники у новорожденных, что подтверждается и нашим наблюдением — у одного из двух детей роды через естественные родовые пути осложнились наложением вакуум-экстрактора на головку плода, а также дистоцией плечиков, после чего ребенок родился в состоянии асфиксии средней степени тяжести.

Симптомы кровоизлияния малоспецифичны, нет патогномичного симптома, что затрудняет раннюю диагностику осложнения и постановку диагноза. Для диагностики проводят ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию [18].

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на относительно редкую встречаемость кровоизлияния

в надпочечники в неонатальном периоде, большинство случаев ассоциированы с особенностями течения родового акта. В наших наблюдениях это преиндукция родов, влагалищное оперативное родоразрешение плода и дистоция плечиков, что диктует необходимость дальнейшего поиска оптимальных подходов в родоразрешении.

2. Кровоизлияние в надпочечники следует заподозрить у новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии и с развившимся анемическим синдромом в раннем неонатальном периоде. Необходимо организовать выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости таким новорожденным.

3. Расширение показаний для проведения ультразвукового скрининга органов брюшной полости с обязательной визуализацией надпочечников позволит определить истинную частоту данного осложнения в популяции, что в свою очередь приведет к выработке оптимальной тактики ведения таких пациентов.

4. Целесообразно предусмотреть наблюдение детского эндокринолога за детьми, перенесшими кровоизлияние в надпочечники, особенно при его двухстороннем кровоизлиянии во избежание развития надпочечниковой недостаточности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bergami G., Malena S., Di Mario M., Fariello G. Ecography in the follow-up of neonatal AH. The presentation of 14 cases // *Radiol Med.* 1990. V. 79, N. 5. P. 474–478.
2. Lee M. C., Lin L. H. Ultrasound screening of neonatal adrenal hemorrhage // *Acta Paediatr Taiwan.* 2000. V. 41, N. 6. P. 327–330.
3. Singh J., Dalal P., Bhalla K., Rattan K. N. Neonatal adrenal hemorrhage presenting as prolonged hyperbilirubinemia // *J Neonatal Surg.* 2016. V. 5, N. 2. P. 22.
4. Wang C. H., Chen S. J., Yang L. Y., Tang R. B. Neonatal adrenal hemorrhage presenting as a multiloculated cystic mass // *J Chin Med Assoc.* 2008. V. 71, N. 9. P. 481–484. DOI: 10.1016/S1726-4901(08)70153-9.
5. Gyurkovits Z., Maróti Á., Rénes L., et al. Adrenal haemorrhage in term neonates: a retrospective study from the period 2001–2013 // *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015. V. 28, N. 17. P. 2062–2065.
6. Смольяникова Н. В., Фалина Е. Ф., Сарун В. А. Анатомия и физиология: учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования. 2013. 576 с.
7. Toti M. S., Ghirri P., Bartoli A., et al. Adrenal hemorrhage in newborn: how, when and why—from case report to literature review // *Ital J Pediatr.* 2019. V. 45, N. 1. P. 58. DOI: 10.1186/s13052-019-0651-9.
8. Esslami G. G., Moienafshar A. Neonatal bilateral adrenal hemorrhage and adrenal insufficiency accompanied by Subgaleal hematoma: a case report with brief review of literature // *BMC Pediatr.* 2022. V. 22. P. 248. DOI: 10.1186/s12887-022-03314-1.
9. Eo H., Kim J. H., Jang K. M., et al. Comparison of clinic-radiological features between congenital cystic neuroblastoma and neonatal adrenal hemorrhagic pseudocyst // *Korean J Radiol.* 2011. V. 12, N. 1. P. 52–58.
10. Koplewitz B. Z., Daneman A., Cutz E., Hellmann J. Neonatal adrenal congestion: a sonographic-pathologic correlation // *Pediatr Radiol.* 1998. V. 28, N. 12. P. 958–62. DOI: 10.1007/s002470050509.
11. Miele V., Galluzzo M., Pedicelli C., et al. Neonatal adrenal hemorrhage associated with a scrotal hematoma. A case report // *La Radiologia Medica.* 2000. V. 99, N. 4. P. 299–301.
12. Jimoh B. M., Chinwe E. B., Adebisi A. O., et al. Idiopathic scrotal hematoma in neonate: a case report and review of the literature // *Case Rep Urol.* 2014. V. 2014. P. 212914.
13. Панибратец Л. Г., Кенжебаева К. А., Тубина А. В. [и др.]. Кровоизлияние в надпочечники у новорожденного при родовой травме // *Медицина и экология.* 2017. Т. 82, № 1. С. 166–169.
14. Zessis N. R., Nicholas J. L., Stone S. I. Severe bilateral adrenal hemorrhages in a newborn complicated by persistent adrenal insufficiency // *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2018. V. 2018, N. 1. P. 17–0165.
15. Fedakar A. Adrenal hemorrhage in the neonatal intensive care unit: a four-year experience // *Eur Res J.* 2019. V. 5, N. 5. P. 816–21.

16. Demirel N., Baş A. Y., Zenciroğlu A., Taşci-Yildiz Y. A. Adrenal bleeding in neonates: report of 37 cases // Turk J Pediatr. 2011. V. 53, N. 1. P. 43.
17. Rumińska M., Welc-Dobies J., Lange M., et al. Adrenal haemorrhage in neonates: risk factors and diagnostic and clinical procedure // Medycyna Wieku Rozwojowego. 2008. V. 12, N. 1. P. 457–462.
18. Tognato E., Ceratto S., Enrico G., et al. Neonatal Adrenal Hemorrhage: A Case Series // Am J Perinatol. 2020. V. 37, N. S 02. P. S57–S60. DOI: 10.1055/s-0040-1713407.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ГБУ Ростовской области «Перинатальный центр», г. Ростов-на-Дону, Россия
 Уманский Максим Николаевич — кандидат медицинских наук, главный врач.
 Гугуева Анна Васильевна — врач — акушер-гинеколог; e-mail: anna-gugueva@mail.ru.
 Симонова Наталья Леонидовна — врач ультразвуковой диагностики.

УДК: 618.2:159.9

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВЫСОКОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ю. Ю. Чеботарева, Ю. А. Петров, И. Г. Арндт, А. Ю. Тарасова

Аннотация. Беременность часто связана с тревогой и стрессом. Тревога негативно влияет на рост и развитие плода, повышая неблагоприятные перинатальные исходы. Профилактика развития тревожности в антенатальном периоде, включающая анализ психоэмоциональных факторов риска, поможет предупредить целый ряд негативных последствий. С целью изучения медико-социальных факторов риска развития тревожности у первобеременных женщин активного репродуктивного возраста проведено исследование у 47 первобеременных женщин с повышенными уровнями ситуативной и личностной тревожности (от 31 балла и более по шкале ситуативной и личностной

тревожности Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина), выявленными после 36 недель гестации (1-я группа), и у 38 первобеременных женщин с низкими уровнями ситуативной и личностной тревожности, обнаруженными после 36 недель беременности (2-я группа). Установлено, что у первобеременных женщин факторами риска развития повышенной тревожности являются unplanned pregnancy, poor nutrition, marital problems, and family quarrels. Необходима психологическая поддержка во время гестации.

Ключевые слова: повышенная тревожность, факторы риска, первобеременные.

MEDICAL AND SOCIAL RISK FACTORS FOR HIGH ANXIETY IN PRE-PREGNANT WOMEN

Yu. Yu. Chebotareva, Yu. A. Petrov, I. G. Arndt, A. Yu. Tarasova

Annotation. Pregnancy is often associated with anxiety and stress. Anxiety negatively affects fetal growth and development, increasing adverse perinatal outcomes. Prevention of the development of anxiety in the antenatal period, including the analysis of psychoemotional risk factors, will help to prevent a number of negative consequences. In order to study the medical and social risk factors for developing anxiety in pre-pregnant women of active reproductive age, a study was conducted in 47 pre-pregnant women with elevated

levels of situational and personal anxiety (from 31 points or more on the scale of situational and personal anxiety of C.D. Spielberger and Yu. L. Khanin), identified after 36 weeks of gestation (group 1) and 38 first-time pregnant women with low levels of situational and personal anxiety (NUT), identified after 36 weeks of pregnancy (group 2). It has been established that in pre-pregnant women, unplanned pregnancy, poor nutrition, marital problems, and family quarrels are risk factors for developing increased anxiety. Psychological support is needed during gestation.

Keywords: increased anxiety, risk factors, pre-pregnancy.

Беременность часто связана с тревогой и стрессом. Тревога негативно влияет на рост и развитие плода, повышая неблагоприятные перинатальные исходы [1, 2]. Однако роль психоэмоционального (психологического) стресса в генезе невынашивания неоднозначна [2].

В практической работе врача — акушера-гинеколога недостаточно используются элементы перинатальной психологии, что требует осмысления с позиции его практической деятельности [3, 4]. Психологическое тестирование во время беременно-

сти и в послеродовом периоде необходимо из-за высокой частоты послеродовой депрессии и суицидальной опасности [5]. Поэтому необходима разработка оптимальных маркеров психологического состояния женщины во время гестации.

Патофизиологический механизм плацентарных нарушений и задержки роста плода на фоне психоэмоциональных нарушений неясен [6]. Поэтому эта междисциплинарная проблема не решена практически.

Профилактика развития тревожности в антенатальном периоде,

включающая анализ психоэмоциональных факторов риска, поможет предупредить целый ряд негативных последствий.

Цель исследования — изучение медико-социальных факторов риска развития тревожности у первобеременных женщин активного репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе рандомизированного «случай — контроль» исследования определены факторы риска развития повышенной тревожности

Таблица 1

Реакции, связанные с беременностью, у респонденток 1-й и 2-й групп наблюдения

Показатели	1-я группа 47 (100%) ПУТ шСХ ≥ 31		2-я группа 38 (100%) НУТ шСХ ≤ 31		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Полная неожиданность	32	68,1	10	26,3	0,0012
Положительная	3	6,4	27	71,1	0,00041
Отрицательная	16	34,0	–	–	–
Нейтральная	9	19,2	2	5,3	0,0054
Незапланированная беременность	32	68,1	10	26,3	0,0076

Таблица 2

Медико-социальная характеристика женщин 1-й и 2-й групп наблюдения

Показатели	1-я группа 47 (100%) ПУТ шСХ ≥ 31		2-я группа 38 (100%) НУТ шСХ ≤ 31		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Высшее образование	33	70,2	20	52,6	0,02
Среднее специальное образование	10	21,3	12	31,6	0,04
Среднее	4	8,4	6	15,8	0,0476
Служащие	23	48,9	24	63,2	0,0235
Не работает	24	51,0	14	36,8	0,0416
Брак первый	14	29,8	29	76,3	0,0011
Брак повторный	33	70,2	11	28,9	0,00042
Брак зарегистрирован	16	33,9	31	81,6	0,0016
Гражданский брак	14	29,8	7	18,4	0,0254
Одинокая	17	36,2	–	–	–
Серьезные семейные ссоры	11	22,4	–	–	–
Доброжелательные семейные отношения	10	21,3	19	50,0	0,0011
Нейтральные	26	35,2	11	28,9	0,071
Физическая активность					
Не занимаются	31	45,0	3	7,9	0,0002
Вредные привычки					
Курение	12	25,2	–	–	–
Алкоголь (редко)	3	6,3	–	–	–
Пищевые привычки					
Отсутствие витаминной поддержки	34	70,3	12	31,6	0,0041
Фастфуд	13	27,3	26	68,4	0,0012

у первобеременных женщин. Первую группу составили 47 первобеременных женщин с повышенными уровнями ситуативной и личностной тревожности (ПУТ) (от 31 балла и более по шкале ситуативной и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина — ШСХ), выявленными после 36 недель гестации. Вторая группа состояла из 38 первобеременных женщин с низкими уровнями ситуативной и личностной тревожности (НУТ), обнаруженными после 36 недель беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У женщин 1-й группы средние уровни ситуативной и личностной тревожности ($52,54 \pm 15,89$; $38,54 \pm 5,11$ балла соответственно) были значимо выше, чем у женщин 2-й группы ($22,89 \pm 8,43$; $19,79 \pm 4,09$ балла соответственно) ($p < 0,05$). Результаты анкетирования по поводу психоэмоциональных аспектов, связанных с фактом беременности у респонденток 1-й и 2-й групп наблюдения, представлены в таблице 1.

Установлено, что у женщин 1-й группы по сравнению с беременными контрольной группы отмечалась отрицательная реакция на саму гестацию (34%) и чаще встречалась незапланированная гестация (68,1 против 26,3%).

Характеристика медико-социальных факторов, отмеченная при про-

ведении анкетирования у респонденток 1-й и 2-й групп наблюдения, представлена в таблице 2. Полученные данные свидетельствовали, что у женщин 1-й группы в сравнении с беременными 2-й группы чаще встречалось высшее образование (70,2 против 52,6%), отсутствие постоянной работы (51,0 против 36,8%). Кроме того, часто имел место фактор одинокого семейного положения (в 36,2% случаев), чаще отмечались повторные браки (70,2 против 28,9%), незарегистрированные браки (29,8 против 18,4%).

Кроме того, хотелось отметить, что у женщин 1-й группы чаще в семье фиксировались конфликты, включая наличие серьезных ссор (22,4% случаев). Физическая активность (ходьба, утренняя зарядка и т. д.) была низкой у женщин 1-й группы (45,0 против 7,9% у беременных группы контроля). Кроме того, у женщин 1-й группы выявлены неполноценное питание, связанное с отсутствием витаминной поддержки во время гестации, и ряд вредных привычек. Неполноценное питание во всех его проявлениях включает недостаточное питание (истощение, задержку роста и пониженную массу тела), недостаток витаминов или минералов, избыточную массу тела, ожирение и обусловленные этим неинфекционные заболевания [7]. Курение имело место в 25,2% случаев, алкоголь —

6,3%, фастфуд — 70,3 против 31,6% во 2-й группе, чрезмерное употребление кофе, чая — 48,9 против 15,8% во 2-й группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у первобеременных женщин частыми факторами риска развития повышенной тревожности являются нерациональное питание, проблемы брачных отношений, семейные ссоры. Наличие психоэмоционального стресса может приводить к различным патологическим состояниям во время беременности, включая невынашивание и плацентарные нарушения. Поэтому таким женщинам необходимы психологические тесты и психологическая поддержка. В связи с мультифакторной этиологией и существенной долей эпигенетических причин развития плацентарных нарушений в последнее время набирает популярность концепция профилактики тревожных расстройств, которая заключается в минимизации факторов риска, а именно в адекватном сбалансированном питании, снижении уровня стресса.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Plana-Ripoll O., Parner E., Olsen J., Li J. Severe stress following bereavement during pregnancy and risk of pregnancy loss: results from a population-based cohort study // *J Epidemiol Community Health*. 2016. V. 70, N. 5. P. 424–429. DOI: 10.1136/jech-2015-206241.
2. Williams A., Saizy S., Mendola P., et al. Prenatal exposure to perceived stress, maternal asthma, and placental size // *Placenta*. 2023. V. 139. P. 127–133. DOI: 10.1016/j.placenta.2023.06.012.
3. Добряков И. В., Никольская И. М. Клиническая психология семьи и перинатальная психология как разделы медицинской (клинической) психологии // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011. Т. 21, № 2. С. 104–108.
4. Шабалов Н. П. Перинатальная психология: не видна, но существует // *Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского*. 2021. Т. 100, № 1. С. 297–304.
5. Shigemi D., Ishimaru M., Matsui H., et al. Suicide attempts among pregnant and postpartum women in Japan: A Nationwide Retrospective Cohort Study // *J Clin Psychiatry*. 2020. V. 81, N. 3. P. 19m12993. DOI: 10.4088/JCP.19m12993.
6. Зефирова Т. П., Мухаметова Р. Р. Чем опасен психологический стресс для беременных и как снизить его влияние на течение беременности и перинатальные исходы // *Доктор.Ру*. 2023. Т. 22, № 5. С. 34–39. DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-5-34-39.
7. Неполноценное питание. Информационный бюллетень ВОЗ от 01.03.2024. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Чеботарева Юлия Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2; e-mail: chebotarevayulia@inbox.ru; ORCID: 0000-0001-9609-0917.

Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2; e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2348-8809.

Арднт Игорь Геннадьевич — ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2.

Медико-психологический центр «Люмос», г. Ростов-на-Дону, Россия

Тарасова Анастасия Юрьевна — магистр психологических наук, психолог.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

М. Ю. Графская, А. Ю. Максимов, Е. В. Вереникина, С. В. Рыжков, И. А. Демидов, Г. В. Антоненко

Аннотация. В статье изучено влияние морбидного ожирения на клинические характеристики рака и пограничных опухолей яичников при первичном выявлении опухолевой патологии. В исследование включены 274 пациентки с раком яичников (C53 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра) и 62 больные с пограничными опухолями яичников (D39.1 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра). В зависимости от наличия морбидного ожирения пациентки разделены на две группы: 1-я группа ($n = 92$) с морбидным ожирением и 2-я группа ($n = 244$) с отсутствием ожирения. В 1-й группе индекс массы тела превышал 40 кг/м^2 (критерий морбидного ожирения), а во 2-й группе индекс массы тела находился в диапазоне от $18,5$ до 30 кг/м^2 (нормальный вес и избыточная масса тела при отсутствии ожирения). Сравнительный анализ позволил установить статистически значимое ($p = 0,012$) повышение частоты пограничных опухолей яичников с низкой градацией злокачественности опухолевых клеток у пациенток на фоне морбидного ожирения. На фоне морбидного ожирения чис-

ло больных в перименопаузе было выше ($42,4$ против $11,5\%$, $p < 0,001$). У пациенток с морбидным ожирением число больных с III стадией ($57,6$ против $43,4\%$) было выше за счет снижения числа больных с начальными I–II стадиями ($p = 0,025$). Серозный, светлоклеточный, эндометриодный, муцинозный рак яичников встречались в двух группах с близкой частотой без статистически значимого различия ($p > 0,05$). При пограничных опухолях частота серозного гистотипа в 1-й группе была выше ($p = 0,033$) по сравнению со 2-й группой (76 против $48,6\%$). Таким образом, при морбидном ожирении при впервые выявленной злокачественной патологии яичников по сравнению с пациентками без ожирения чаще обнаруживаются пограничные опухоли яичников серозного гистотипа в перименопаузе. Данное обстоятельство необходимо учитывать при разработке скрининговых мероприятий по выявлению рака яичников.

Ключевые слова: рак яичников, пограничные опухоли яичников, морбидное ожирение, факторы риска рака яичников, гистологические типы рака яичников.

CLINICAL FEATURES OF NEWLY DIAGNOSED OVARIAN CANCER IN WOMEN WITH MORBID OBESITY

M. Y. Grafskaya, A. Y. Maksimov, E. V. Verenikina,
S. V. Ryzhkov, I. A. Demidov, G. V. Antonenko

Annotation. The article examines the effect of morbid obesity on the clinical characteristics of cancer and borderline ovarian tumors in the initial detection of tumor pathology. The study included 274 patients with ovarian cancer (C53 according to ICD-10) and 62 patients with borderline ovarian tumors (D39.1 according to ICD-10). Depending on the presence of morbid obesity, the patients were divided into two groups: group 1 ($n = 92$) with morbid obesity and group 2 ($n = 244$) with non-obesity. In group 1, BMI exceeded 40 kg/m^2 (morbid obesity criterion), and in group 2, BMI ranged from $18,5$ to 30 kg/m^2 (normal weight and overweight in the absence of obesity). Comparative analysis allowed us to establish a statistically significant ($p = 0,012$) increase in the frequency of borderline ovarian tumors with a low grade of tumor cell malignancy in patients with morbid obesity. Against the background of morbid obesity, the

number of perimenopausal patients was higher ($42,4$ vs $11,5\%$, $p < 0,001$). In patients with morbid obesity, the number of patients with stage III ($57,6$ vs $43,4\%$) was higher due to a decrease in the number of patients with initial stages I–II ($p = 0,025$). Serous, clear cell, endometrioid, and mucinous ovarian cancers were found in two groups with similar frequency without statistically significant difference ($p > 0,05$). In borderline tumors, the frequency of serous histotype in group 1 was higher ($p = 0,033$) compared with group 2 (76 vs $48,6\%$). Thus, in morbid obesity, when malignant ovarian pathology is detected for the first time, compared with patients without obesity, borderline ovarian tumors of the serous histotype in perimenopause are more often detected. This circumstance should be taken into account when developing screening measures for the detection of ovarian cancer

Keywords: ovarian cancer, borderline ovarian tumors, morbid obesity, risk factors for ovarian cancer, histological types of ovarian cancer.

Рак яичников является пятой по частоте причиной смерти среди женщин; пятилетняя выживаемость больных раком яичников составляет менее 30%. Так, в 2023 году рак яичников за год унес около 200 тыс. жизней во всем мире [1]. К сожалению, такие клинические симптомы заболевания, как боль в животе, отечный синдром, проявляются уже на поздних стадиях. Только 30% случаев от общего числа болеющих раком яичников выявляются до распространения опухоли за пределы яичников [2]. Учитывая неблагоприятный прогноз при прогрессирующем раке яичников, в последние годы проведено множество эпидемиологических исследований для лучшего понимания

факторов риска этой злокачественной патологии [3, 4].

Существуют признанные факторы риска, повышающие вероятность развития рака яичников. К ним можно отнести возраст, раннее наступление менархе и поздняя менопауза, отсутствие беременностей, поздние роды, бесплодие, гормональная терапия эстрогенами, эндометриоз, синдром поликистозных яичников, ожирение и другие [5]. Ожирение является растущей проблемой во всем мире, поскольку прогрессивно увеличивается число страдающих им людей. Существует прямая связь между ожирением и большим числом заболеваний [6]. Еще десятилетие назад онкологи не называли ожирение фактором рис-

ка. Сегодня ожирение занимает 2-е место после курения в череде причин, приводящих к развитию злокачественных заболеваний [7].

В крупных эпидемиологических исследованиях доказано сопряжение между ожирением и раком тела матки, раком молочной железы [8–10]. В отдельных исследованиях сообщается, что ожирение связано также с заболеваемостью раком яичников [11, 12]. Однако существует противоречивость обобщений при изучении связи индекса массы тела (ИМТ) больных с опухолевой патологией яичников. Противоречивость связана с разнородностью сравниваемых групп по наличию и выраженности ожирения. В отдельных исследованиях

в основную группу включены женщины с ожирением, ИМТ которых превышает 30 кг/м², и нет градации по степеням [13]. В других исследованиях группы сравнения представляют пациентки от сниженного веса до избыточного. В отдельных работах в выборке больных наблюдается высокая доля больных с запущенным раком яичников, когда развивается кахексия с асцитом, а ИМТ не соответствует истинной массе тела [14]. Перспективность исследования, с нашей точки зрения, видится в сравнении двух групп пациенток, страдающих злокачественной и пограничной опухолевой патологией яичников, — с морбидным ожирением и без него. Морбидное ожирение представляет собой избыточное отложение жировой массы с ИМТ более 40 кг/м² и является крайним проявлением патологии. Альтернативность ситуации — наиболее выраженная патология и ее отсутствие — может позволить выявить скрытые ассоциации между величиной ИМТ и клиническими характеристиками рака яичников.

В связи с вышеизложенным целью работы явилось изучение влияния морбидного ожирения на клинические характеристики рака и пограничных опухолей яичников при первичном выявлении опухолевой патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 274 пациентки с раком яичников (С53 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра) и 62 больные с пограничными опухолями яичников (D39.1 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра). В зависимости от наличия морбидного ожирения пациентки разделены на две группы: 1-я группа (n = 92) с морбидным ожирением и 2-я группа (n = 244) — с отсутствием ожирения. Всех больных наблюдали в ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России в онкогинекологическом отделении.

Критериями включения пациенток в две группы явились: впервые верифицированный рак яичников или пограничные опухоли яичников, отсутствие опухолей других локализаций, отсутствие специфического противоопухолевого лечения.

Различие пациенток двух групп имело место по величине

ИМТ. В 1-й группе ИМТ превышал 40 кг/м² (критерий морбидного ожирения), а во 2-й группе ИМТ находился в диапазоне от 18,5 до 30 кг/м² (нормальный вес и избыточная масса тела при отсутствии ожирения). Средняя величина ИМТ в 1-й группе составила 41,3 ± 1,2 кг/м², а во 2-й группе — 24,7 ± 1,1 кг/м².

Критерии исключения: наличие декомпенсированных соматических заболеваний, связанных с развитием сердечной, дыхательной, почечной или печеночной недостаточности.

Исследование проведено в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Кроме того, получено одобрение Локального этического комитета ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России на проведение исследования. Все пациентки дали письменное информированное согласие на включение в исследование.

После формирования групп пациентки анкетированы. Часть информации получали из историй болезни. Анализировали возраст больных на момент включения в исследование, наличие в семейном анамнезе у матери или сестры рака яичников или молочной железы (нет, да), возраст начала менструаций (до 13 лет, 13 лет и старше), паритет родов (нерожавшие, одни и более родов), использование оральных контрацептивов (нет, в течение пяти лет, пять и более лет по совокупной продолжительности), менопаузальный статус или гистерэктомия (нет, перименопауза, естественная менопауза до 50 лет, естественная менопауза после 50 лет, предшествующая гистерэктомия), использование гормональной терапии в период менопаузы (нет, да), злоупотребление алкоголем или табакокурением. Учитывали стадию онкологического заболевания, гистологический тип опухоли при исследовании операционных образцов ткани.

Статистический анализ результатов исследования проводили с применением программы Statistica 12.0 (StatSoft, США). Различия средних величин количественных показателей осуществляли с помощью критерия Манна — Уитни, а частотных показателей — посредством критерия хи-квадрат Пирсона с поправкой Йетса на непрерывность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных с впервые выявленной патологией в 1-й группе рак яичников диагностирован у 67 (72,8%), а пограничные опухоли яичников — у 25 (27,2%) больных. Во 2-й группе рак яичников верифицирован у 207 (84,8%), а пограничные опухоли яичников — у 37 (15,2%) пациенток (рис. 1). Сравнительный анализ позволил установить статистически значимое (p = 0,012) повышение частоты пограничных опухолей яичников с низкой градацией злокачественности опухолевых клеток у пациенток на фоне морбидного ожирения.

Распределение по стадиям онкологического заболевания представлено в таблице 1. У больных 1-й группы (с морбидным ожирением) по сравнению со 2-й группой (без ожирения) число больных с III стадией (57,6 против 43,4%) было выше за счет снижения числа больных с начальными I–II стадиями (p = 0,025).

Ожирение способствует развитию опухолевого процесса при гинекологическом раке за счет нескольких механизмов. Вследствие действия ароматазы на тестостерон, усиленно продуцирующийся в жировой ткани, образуются эстрогены, способствующие пролиферации эпителиальных клеток эндометрия, молочной железы, яичников. Гиперинсулинемия при ожирении ассоциирована со снижением прогестерона, оказывающего протективное действие на эпителий за счет ограничения пролиферации клеток и их миграционной активности. Кроме того, при высоком содержании инсулина увеличивается биодоступность инсулиноподобного фактора роста. Высокая секреция адипоцитами лептина со снижением адипонектина способствует посредством секреции

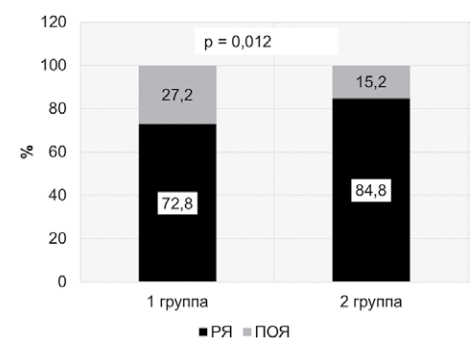


Рис. 1. Распределение больных с раком яичников (РЯ) и пограничными опухолями яичников (ПОЯ) в 1-й и 2-й группах

провоспалительных цитокинов развитию «холодного воспаления» тканей с активацией ангиогенеза и снижением апоптоза опухолевых клеток [15].

Факторы риска — неблагоприятный семейный анамнез рака яичников у сестер и матери, раннее менархе, отсутствие родов, использование и продолжительность гормональной терапии, прием алкоголя и табакокурение — встречались в 1-й и 2-й группах со сходной частотой (табл. 2). На фоне морбидного ожирения по сравнению с женщинами с отсутствием ожирения возросло число больных в перименопаузе (42,4 против 11,5%, $p < 0,001$) (см. табл. 2).

У пациенток 1-й и 2-й групп в преобладающем числе случаев верифицировали эпителиальные опухоли (98,5 и 98,1% соответственно). Серозный, светлоклеточный, эндометриоидный, муцинозный рак яичников

встречался в двух группах с близкой частотой без статистически значимого различия ($p > 0,05$) (табл. 3). Однако при пограничных опухолях частота серозного гистотипа в 1-й группе была выше ($p = 0,033$) по сравнению со 2-й группой (76 против 48,6%) (табл. 3).

Таким образом, при морбидном ожирении при впервые выявленной злокачественной патологии яичников по сравнению с пациентками без ожирения чаще выявляются пограничные опухоли яичников серозного гистотипа в перименопаузе. Данное обстоятельство необходимо учитывать при разработке скрининговых мероприятий по выявлению рака яичников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На фоне морбидного ожирения доля пограничных опухолей яичников с низкой градацией злокачественности опухолевых клеток по сравнению с больными при отсутствии ожирения

выше (27,2 против 15,2%, $p = 0,012$). Злокачественную патологию яичников на фоне морбидного ожирения чаще выявляли в перименопаузе (42,4 против 11,5%, $p < 0,001$). У пациенток с морбидным ожирением число больных с III стадией было выше (57,6 против 43,4%) за счет снижения числа больных с начальными I–II стадиями ($p = 0,025$). При пограничных опухолях частота серозного гистотипа выше ($p = 0,033$) на фоне морбидного ожирения (76 против 48,6%) при отсутствии различий морфотипа при раке яичников. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке скрининговых мероприятий по выявлению рака яичников.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Таблица 1

Распределение пациенток 1-й и 2-й групп по стадиям рака и пограничных опухолей яичников

Стадия	1-я группа (n = 92)		2-я группа (n = 244)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
I	14	15,2	61	25,0	0,025
II	7	7,6	38	15,6	
III	53	57,6	106	43,4	
IV	18	19,6	39	16,0	

Таблица 2

Особенности факторов риска рака яичников у больных 1-й и 2-й групп

Признак	Градации признака	1-я группа (n = 92)		2-я группа (n = 244)		p
		Абс.	%	Абс.	%	
Неблагоприятный семейный анамнез	Да	19	20,7	41	16,8	0,412
	Нет	73	79,3	203	83,2	
Возраст менархе (лет)	< 13	64	69,6	157	64,3	0,369
	≥ 13	28	30,4	87	35,7	
Паритет родов	Нет	20	78,3	45	18,4	0,496
	Одни и более	72	21,7	199	81,6	
Оральные контрацептивы	Нет	49	53,3	107	43,9	0,304
	До 5 лет	31	33,7	99	40,6	
	Пять лет и более	12	13,0	38	15,6	
Менопаузальный статус	Нет	8	8,7	4	1,6	< 0,001
	Перименопауза	39	42,4	28	11,5	
	Менопауза до 50 лет	11	12,0	33	13,5	
	Менопауза после 50 лет	45	48,9	152	62,3	
Гормональная терапия в менопаузе	Да	31	33,7	93	38,1	0,454
	Нет	61	66,3	151	61,9	
Алкоголь	Да	24	26,1	75	30,7	0,405
	Нет	68	73,9	169	69,3	
Табакокурение	Да	27	29,3	89	36,5	0,221
	Нет	65	70,7	155	63,5	

Особенности гистологических типов рака и пограничных опухолей яичников у больных 1-й и 2-й групп

Заболевание	Гистотип	1-я группа (n = 92)		2-я группа (n = 244)		p
		Абс.	%	Абс.	%	
Рак яичников	Серозный	59	88,1	161	77,8	0,37
	Светлоклеточный	3	4,5	25	12,1	
	Эндометриоидный	3	4,5	11	5,3	
	Муцинозный	1	1,5	4	1,9	
	Другие эпителиальные опухоли	0	0,0	2	1,0	
	Всего эпителиальные опухоли	66	98,5	203	98,1	0,82
	Неэпителиальные опухоли	1	1,5	4	1,9	0,82
	Всего	67	100,0	207	100,0	–
Пограничные опухоли яичников	Серозный	19	76	18	48,6	0,033
	Муцинозный	6	24	19	51,4	
	Всего	25	100,0	37	100,0	–

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Webb P. M., Jordan S. J. Global epidemiology of epithelial ovarian cancer // *Nat Rev Clin Oncol*. 2024. V. 21, N. 5. P. 389–400. DOI: 10.1038/s41571-024-00881-3.
- Савинова А. Р., Гатауллин И. Г. Ранняя диагностика и скрининг рака яичников // *Казанский медицинский журнал*. 2022. Т. 103, № 3. С. 476–483. DOI: 10.17816/KMJ2022-476.
- Momenimovahed Z., Tiznobaik A., Taheri S., Salehiniya H. Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factor // *Int J Womens Health*. 2019. N. 11. P. 287–299. DOI: 10.2147/IJWH.S197604.
- Sumanasekera W., Beckmann T., Fuller L., et al. Epidemiology of Ovarian Cancer: Risk Factors and Prevention // *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*. 2018. V. 11, N. 2. P. 8405–8417. DOI: 10.26717/BJSTR.2018.11.002076.
- Gaona-Luviano P., Medina-Gaona L. A., Magaña-Pérez K. Epidemiology of ovarian cancer // *Chin Clin Oncol*. 2020. V. 9, N. 4. P. 47. DOI: 10.21037/cco-20-34.
- GBD 2015 Obesity Collaborators; Afshin A., Forouzanfar M. H., Reitsma M. B., et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years // *N Engl J Med*. 2017. V. 377. P. 13–27.
- Pati S., Irfan W., Jameel A., et al. Obesity and Cancer: A Current Overview of Epidemiology, Pathogenesis, Outcomes, and Management // *Cancers*. 2023. V. 15, N. 2. P. 485. DOI: 10.3390/cancers15020485.
- Zhang X., Rhoades J., Caan B. J. Intentional weight loss, weight cycling, and endometrial cancer risk: a systematic review and meta-analysis // *Int J Gynecol Cancer*. 2019. V. 29, N. 9. P. 1361–1371.
- Yoshida R. Hereditary breast and ovarian cancer (HBOC): Review of its molecular characteristics, screening, treatment, and prognosis // *Breast Cancer*. 2021. V. 28, N. 6. P. 1167–1180. DOI: 10.1007/s12282-020-01148-2.
- Вереникина Е. В., Коваленко Н. В., Бурцев Д. В. [и др.]. Анализ выживаемости пациенток со злокачественными эпителиальными опухолями тела матки с учетом морфологической структуры в Ростовской области за последние 20 лет // *Главный врач Юга России*. 2021. Т. 80, № 5. С. 61–65.
- Olsen C. M., Nagle C. M., Whiteman D. C., et al. Obesity and risk of ovarian cancer subtypes: evidence from the Ovarian Cancer Association Consortium // *Endocr Relat Cancer*. 2013. V. 20, N. 2. P. 251–262.
- Hew K. E., Bakhr A., Harrison E., et al. The effect of obesity on the time to recurrence in ovarian cancer: a retrospective study // *Clinical Ovarian and Other Gynecologic Cancer*. 2013. V. 6, N. 1–2. P. 31–35.
- Protani M. M., Nagle C. M., Webb P. M. Obesity and ovarian cancer survival: a systematic review and meta-analysis // *Cancer Prev Res*. 2012. N. 5. P. 901–910. DOI: 10.1158/1940-6207.CAPR-12-0048.
- Yang H. S., Yoon C., Myung S. K., Park S. M. Effect of obesity on survival of women with epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies // *Int J Gynecol Cancer*. 2011. V. 21. P. 1525–1532. DOI: 10.1097/IGC.0b013e31822eb5f8.
- Kivimäki M., Strandberg T., Pentti J., et al. Body-mass index and risk of obesity-related complex multimorbidity: An observational multicohort study // *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022. N. 10. P. 253–263. DOI: 10.1016/S2213-8587(22)00033-X.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Графская Мария Юрьевна — докторант; e-mail: rnoi@list.ru.

Максимов Алексей Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора, e-mail: aleksei.maxim0w@yandex.ru.

Вереникина Екатерина Владимировна — доктор медицинских наук, заведующая отделением онкогинекологии, e-mail: onko-sekretar@mail.ru.

МБУЗ «Городская больница № 8 города Ростова-на-Дону», г. Ростов-на-Дону, Россия

Рыжков Сергей Владимирович — кандидат медицинских наук, главный врач; e-mail: go1@gb-8.ru.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Демидов Игорь Анатольевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней № 2; e-mail: alald@inbox.ru.

Антоненко Галина Вячеславовна — кандидат физико-математических наук, доцент кафедры медицинской физики, математики и информационных технологий; e-mail: alald@inbox.ru.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ ВЫНУЖДЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В. В. Глухова, Ю. А. Петров, Н. В. Палиева, А. Ю. Тарасова

Аннотация. Вопрос проведения аборта существует столько же, сколько существует человечество, и горячо обсуждается во всех обществах и сообществах. В некоторых странах аборт разрешен законом, в то время как в других нет правовой основы для его проведения, а в некоторых они вообще запрещены. Сегодня в мире до 90% абортотворений проводятся в I триместре, около 9% — во II триместре, а остальные — в III триместре. Аборт — как медицинский, так и криминальный — имеет характерные физические, социальные и психологические побочные эффекты. Частота и тяжесть осложнений после аборта зависят от метода аборта и срока беременности на момент его проведения. Прерывание бере-

менности на поздних сроках — серьезная проблема, имеющая множество практических медицинских аспектов, этических вопросов и профессиональных дилемм. Это особенно важно с точки зрения жизнеспособности плода и должно проводиться только для того, чтобы предотвратить вред для физического и психического здоровья матери или из-за аномалии или инвалидности плода. Обзор литературы посвящен проблеме прерывания беременности на поздних сроках и оценке психологического статуса женщины после него.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, выкидыш, замершая беременность, ранняя гибель эмбриона, постабортный синдром.

ASSESSMENT OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF A WOMAN AFTER FORCED TERMINATION OF PREGNANCY

V. V. Glukhova, Yu. A. Petrov, N. V. Palieva, E. A. Tarasova

Annotation. Abortion is an issue that has existed for as long as humanity has existed and is hotly debated in all societies and communities. In some societies and countries, abortion is legal, while in others there is no legal basis for it and in some countries it is illegal. Today in the world, up to 90% of abortions are performed in the first trimester, about 9% in the second trimester and the rest in the third trimester. Abortion, both medical and criminal, has characteristic physical, social and psychological side effects. The incidence and severity of complications after abortion depend on the gestational

age at the time of abortion and the method of abortion. Late pregnancy termination is a serious issue with many practical medical aspects, ethical issues and professional dilemmas. It is especially important from the point of view of the viability of the fetus and should be performed only to prevent harm to the physical and mental health of the mother or due to fetal abnormality or disability. The literature review is devoted to the problem of late-term pregnancy termination and assessment of the psychological status of a woman after termination.

Keywords: non-viable pregnancy, miscarriage, frozen pregnancy, early embryonic death, post-abortion syndrome.

Вопрос о том, могут ли психологические последствия сопровождать искусственный аборт, уже давно вызывает беспокойство у исследователей. Сейчас мало что известно о связи между посттравматическим стрессовым расстройством и искусственным абортом [1, 2].

Как показывают эпидемиологические данные, основными показателями для прерывания беременности в III триместре являются неврологические аномалии, множественные пороки развития при нормальном кариотипе и хромосомные мутации, диагностированные в ходе планового ультразвукового исследования [3–5].

Цель исследования — изучить современные данные о психологическом статусе женщины после вынужденного прерывания беременности на поздних сроках.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Учитывая вероятность серьезных последствий, связанных с абортом на поздних сроках, первым шагом к сокращению числа абортотворений в эти сроки является всестороннее изучение причин, по которым женщины решают прервать беременность, а не продолжать ее, после того как она

развивалась в течение нескольких месяцев.

Аборты во II триместре (13–24 недели) и в III триместре (25–36 недель) представляют более серьезную опасность для физического здоровья женщин по сравнению с абортотворениями в I триместре. Частота осложнений при аборте составляет 3–6% на 12–13-й неделе беременности и увеличивается до 50% и более при проведении аборта во II триместре [1, 6].

К основным факторам, влияющим на психологические последствия, относятся: причина аборта, вид медицинской процедуры, срок беременности, а также личные, социальные, экономические, религиозные и культурные факторы, формирующие отношение женщины к аборту [3, 7].

Часто женщины, прерывающие беременность, не осознают, что по прошествии некоторого времени им потребуется психологическая поддержка из-за последствий, с которыми они столкнутся. Обычно первые симптомы проявляются в течение четырех месяцев — года после процедуры. Поэтому важно выявлять женщин из группы риска, подверженных последующим психологическим осложнениям [8–10].

Как тревожное расстройство посттравматическое стрессовое расстройство возникает в результате воздействия психосоциального стрессора, который воспринимается как травмирующий. Это расстройство включает три критерия, связанные со стрессором, которых не было до травмы.

1. Вторжение, которое включает постоянное и нежелательное повторное переживание травмирующего события в форме повторяющихся и тревожных воспоминаний, флешбэков и гиперреактивности на связанные с этим стимулы.
2. Избегание, которое относится к постоянным и целенаправленным попыткам избежать воспоминаний о травмирующем событии с помощью различных форм отрицания, диссоциации или отстраненности.
3. Гипервозбуждение, представляющее собой общее беспокойство или нервозность, которые могут включать бессонницу, склонность легко пугаться, чувство надвигающейся опасности или катастрофы, проблемы с концентрацией внимания, крайнюю раздражительность

и, возможно, агрессивное поведение [11].

Различные стадии перинатального горя можно определить следующим образом: шок в момент постановки диагноза; дезориентация; фаза максимальной печали; опустошение и беспомощность; переосмысление и, наконец, принятие. Для пациента первый момент после постановки диагноза — это фаза шока: пациент должен принять клиническую новость. Основными характеристиками этой фазы являются отрицание известия; отсутствие реакции на стимулы, а затем чувство гнева. Именно на этом первом этапе происходит оказание психосоциальной поддержки медицинскими работниками. То, как медицинские работники действуют и управляют этой ситуацией, может значительно улучшить состояние пациента после мертворождения и помочь минимизировать негативные последствия травматического горя [1, 12, 13].

Горе — это нормальная реакция на утрату. У некоторых людей горе может привести к осложненному горю и депрессии. За первоначальной депрессивной реакцией, но не за реакцией горя, следуют более долгосрочные психологические, социальные и медицинские изменения. Депрессия после самопроизвольного аборта часто остается незамеченной медицинскими работниками.

Не все женщины сталкиваются с негативными последствиями для психического здоровья после аборта. Женщины, у которых в прошлом была депрессия, бездетные женщины, женщины с плохой социальной поддержкой или уже имеющимися трудностями в отношениях подвержены риску тяжелого переживания утраты и депрессии [6, 14].

Депрессия, беспокойство из-за неспособности зачать ребенка и расстройство пищевого поведения были названы респондентами в качестве доминирующих психологических последствий аборта в 60,5, 53,6 и 48,7% соответственно. Снижение самооценки (43,7%), кошмары (39,5%), чувство вины (37,5%) и сожаление (33,3%) заняли более низкие позиции [15, 16].

Тревожность и депрессия в первые месяцы после родов характерны для 50% пар, и их последствия сохраняются до трех лет после события, что намного дольше, чем при других

потерях беременности. Фаза реорганизации и принятия, включающая возвращение к нормальной жизни, обычно начинается через 18 месяцев после потери, хотя это зависит от личных обстоятельств [11, 14].

Риск возникновения депрессии, тревожности и посттравматического стрессового расстройства во время последующей беременности выше после гибели плода, и этот риск тем выше, чем меньше времени прошло с момента потери, хотя эти симптомы часто ослабевают после родов. Необходимо проводить скрининг на наличие неблагоприятных психологических проблем при первом и последующих визитах, чтобы можно было оказать соответствующую медицинскую поддержку [17].

Возникает неприязнь, озлобленность по отношению к беременным, недавно родившим, кормящим женщинам, а также к новорожденным и младенцам. Симптомы обостряются на годовщину аборта. Поведение характеризуется избеганием ситуаций, в которых обсуждается или иным образом присутствует идея беременности, материнства [6, 18].

Симптомы постабортного синдрома различаются в зависимости от причин прерывания процесса вынашивания плода. При вынужденном аборте из-за врожденных пороков развития невротические расстройства продолжают в течение 2–3 лет и более. Сначала возникает реакция отрицания необходимости процедуры, отказ верить диагнозу, попытки провести повторные обследования. После аборта преобладает астения, высокая утомляемость, раздражительность и плаксивость. Резко снижается мотивация, нарушается сон, аппетит. Далее может превалировать чувство вины, возникнуть мысли о суициде [19, 20].

После потери беременности в результате внутриутробной гибели плода в клинической картине наблюдается сочетание депрессивных, истерических и соматовегетативных симптомов. Психические расстройства возникают сразу после шокирующей новости. Женщина испытывает ужас, горе и отчаяние. Часто она растеряна, неполностью оценивает случившуюся ситуацию. Нередко присутствует вазомоторная реакция организма: развивается тахикардия, появляется чувство нехватки воздуха, кожа резко бледнеет или

краснеет, вплоть до синкопальных состояний. После выкидыша или искусственных родов преобладает тревога, подавленность, слабость. Характерный симптом — кошмарные сны, в которых женщины видят неродившихся детей, разговаривают с ними, заботятся либо наблюдают их смерть [12, 21].

У пациенток с тяжелыми физическими заболеваниями, когда аборт проводился в связи с декомпенсацией патологии, постабортный синдром проявляется астенией (слабостью), апатией, депрессией, чувством вины. На первый план выходит снижение интереса к внешнему миру, равнодушие, безразличие, утрата любых желаний. Падает жизненный тонус, повышается психическая и физическая утомляемость. Зачастую им требуется помощь со стороны для совершения гигиенических процедур, повседневных бытовых дел. Эмоциональная лабильность проявляется повышенной плаксивостью.

Многочисленные факторы риска могут помочь определить, какие женщины могут столкнуться с негативными психологическими последствиями после искусственного прерывания беременности. Улучшенный скрининг этих факторов риска должен помочь выявить женщин, которым может быть полезно дополнительное консультирование до или после аборта [22].

Связанными с социальной поддержкой факторами риска являются: вероятное давление со стороны других людей с целью прерывания беременности; предполагаемое противодействие аборту со стороны партнера, семьи или друзей; чувство стигматизации или потребность в секретности были описаны как факторы риска развития депрессии и психологической травмы [23].

Факторы риска, связанные с предыдущими проблемами с психическим здоровьем в прошлом, могут негативно сказаться, когда женщина решает прервать беременность. Личностные факторы, такие как низкая самооценка и ощущение недостаточного контроля над собственной жизнью, также способны повысить вероятность развития депрессии и стрессового расстройства. Что касается поведения, то отрицание процесса, избегание и сомнения в принятом решении негативно сказываются

на психическом здоровье этих женщин в будущем [2, 24].

Негативные последствия для психоэмоционального здоровья женщины, прерывающей беременность, связывают еще и с клиническими факторами, такими как предшествующие аборт или аборт после I триместра. Грубое отношение врачей и медсестер, плохие условия в стационаре, необходимость повторного вмешательства и лечения осложнений — всё это ухудшает эмоциональное состояние пациентки, приводит к подавленности, озлобленности, тревожности [11, 25]. В качестве лечебных мероприятий у этого контингента пациенток успешно используются комбинированные методы психотерапевтического воздействия.

При депрессии с апатическим компонентом используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, при тревожно-депрессивных проявлениях — антидепрессанты седативного спектра действия. Для устранения выраженного

беспокойства, тревоги, приступов психического возбуждения назначаются транквилизаторы, малые дозы нейролептики [5, 26].

Основная задача — проработать психотравмирующий опыт, выстроить новые способы эмоционального реагирования и поведения. Для изменения мыслительных шаблонов используются техники нейролингвистического программирования, когнитивная терапия. Выстроить новый образ себя и жизненной ситуации позволяет гештальт-терапия. Могут быть применены и другие техники — выбор зависит от опыта специалиста и особенностей пациента [14, 25].

Членам семьи рекомендуется консультация психолога, обсуждение отношения каждого человека к ситуации аборта, рассмотрение способов оказания поддержки женщине. Ускорить процесс эмоционального восстановления, возвращения к активной социальной жизни помогает режим дня, совместное времяпре-

провождение, в т. ч. за пределами квартиры [24, 27].

ВЫВОДЫ

За последние несколько десятилетий пренатальное тестирование на наличие аномалий у плода стало стандартом в развитых странах. Большинство женщин, узнавших о серьезной аномалии во время беременности, принимают решение о ее прерывании. Женщины, сделавшие аборт из-за ошибочного пренатального диагноза, подвержены более высокому риску посттравматического стресса и депрессии. Наиболее серьезное влияние позднего прерывания беременности, по-видимому, проявляется в краткосрочной перспективе, после чего некоторым женщинам требуются месяцы или годы, чтобы избавиться от чувства подавленности.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брагина Т. В., Петров Ю. А., Арндт И. Г. [и др.]. Клинико-диагностические и патогенетические аспекты неразвивающейся беременности // Пульс. 2020. Т. 22, № 10. С. 6–9.
2. Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А. Деонтологические и психологические вопросы в акушерстве и гинекологии. М.: РостГМУ, 2024. 265 с.
3. Tao H., Wu J., Han Y., et al. Genetic etiology and pregnancy outcomes of fetuses with central nervous system anomalies // Arch Gynecol Obstet. 2024. V. 309. P. 2567–2574.
4. Cai M., Lin N., Su L., et al. Copy number variations in ultrasonically abnormal late pregnancy fetuses with normal karyotypes // Sci Rep. 2020. V. 10. P. 15094.
5. Палиева Н. В., Петров Ю. А., Тарасова А. Ю. Медицинские и психологические нюансы планирования семьи: Монография. М.: Медицинская книга, 2023. 304 с.
6. Беременность ранних сроков. От прегравидарной подготовки к здоровой гестации / Под ред. В. Е. Радзинского, А. А. Оразмурадова. 3-е изд., испр. и доп. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. 798 с.
7. Петров Ю. А., Палиева Н. В. Планирование семьи. Контрацепция — инструмент регуляции рождаемости. История, настоящее и будущее. М.: Медицинская книга, 2022. 304 с.
8. Друккер Н. А., Селютина С. Н., Ермолова Н. В. [и др.]. Значение оксида азота и хахектина в патогенезе преждевременных родов // Акушерство и гинекология. 2020. № 3. С. 72–78.
9. Что нужно женщине, которая «уже всё решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. 2-е изд. М.: Издательство «Проспект», 2017. 128 с.
10. Raphi F., Bani S., Farvareshi M., et al. Effect of hope therapy on psychological well-being of women after abortion: a randomized controlled trial // BMC Psychiatry. 2021. V. 21. P. 598.
11. Кустова А. А., Мухина В. А., Рябова Д. Е., Сединина Н. С. Оценка психологического статуса женщины после вынужденного прерывания беременности на поздних сроках // Молодой ученый. 2022. Т. 442, № 47. С. 498–500.
12. Марченко В. А., Раченкова Т. В. Основные предикторы поздних самопроизвольных выкидышей. Материалы VII Итоговой научно-практической конференции НОМУИС, 23–25 мая 2022 г., АлтГМУ // Scientist. 2022. Т. 4, № 22. С. 202–203.
13. Мешвелиани Г. Р., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Психологическое здоровье женщины в период беременности // Главный врач Юга России. 2023. Т. 87, № 1. С. 37–40.
14. Неразвивающаяся беременность в анамнезе: реабилитация и подготовка к следующей гестации. Методические рекомендации Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2021. 68 с.
15. Скороход А. П., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А. Особенности личностной трансформации в послеродовом периоде // Главный врач Юга России. 2023. Т. 87, № 1. С. 44–47.
16. Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Демидова А. Е. Психологические особенности женщин в пред- и послеоперационный период // Главный врач Юга России. 2023. Т. 88, № 2. С. 51–54.
17. Alipour S., Tayebi N., Zarshenas M., Akbarzadeh M. Short-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced and Spontaneous Abortion: A Cross-sectional Study // Shiraz E-Med J. 2021. V. 22, N. 12. P. e111809. DOI: 10.5812/semj.111809.
18. Годованец А. О., Каменская А. Ю., Тен Е. Ю. [и др.]. Неразвивающаяся беременность: основные причины abortивного исхода // Молодой ученый. 2019. Т. 241, № 3. С. 81–85.
19. Anselmi N., D'Aloise A., Di Febo R., et al. Psychological implications of abortion: a longitudinal study on two cohorts of women who recur to elective and therapeutic abortion // Riv Psichiatr. 2018. V. 53, N. 6. P. 324–330. DOI: 10.1708/3084.30766.
20. Смелова В. Н., Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А. Психологические факторы в возникновении послеродовых осложнений // Главный врач Юга России. 2022. Т. 85, № 4. С. 74–77.
21. Радзинский В. Е., Князев С. А., Костин И. Н. [и др.]. Предиктивное акушерство / Под ред. В. Е. Радзинского, С. А. Князева, И. Н. Костина. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2021. 520 с.
22. Kamranpour B., Noroozi M., Bahrami M. Psychological experiences of women with pregnancy termination due to fetal anomalies: a qualitative study from the perspective of women, their spouses, and healthcare providers in Iran // Reprod Health. 2020. V. 17. P. 109.

23. Magnus M. C., Wilcox A. J., Morken N. H., et al. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study // *BMJ*. 2019. V. 364. P. 1869.
24. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Особенности психологии и супружеских отношений у пациенток с гинекологическими заболеваниями // *Главный врач Юга России*. 2023. Т. 87, № 1. С. 22–24.
25. Kasman A. M., Zhang C. A., Li S., et al. Association between preconception paternal health and pregnancy loss in the USA: an analysis of US claims data // *Hum. Reprod.* 2021. V. 36, N. 3. P. 785–793.
26. Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А., Тищенко Е. Э. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья // *Главный врач Юга России*. 2023. Т. 90, № 4. С. 45–48.
27. Biggs M. A., Driver M., Kaller Sh., Ralph L. J. Unwanted abortion disclosure and social support in the abortion decision and mental health symptoms: A cross-sectional survey // *Contraception*. 2023. V. 119. P. 109905.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия
 Глухова Виктория Владимировна — соискатель кафедры акушерства и гинекологии № 2; e-mail: ordmag35@rostgmu.ru.
 Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2; e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2348-8809.
 Палиева Наталья Викторовна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2; e-mail: nat-palieva@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-2278-5198.
 Медицинский центр «Благо», г. Ростов-на-Дону, Россия
 Тарасова Анастасия Юрьевна — психолог центра, магистр психологических наук; e-mail: na.design91@gmail.com.

УДК: 618.19-006.5:159.923

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Ю. А. Петров, А. Ю. Тарасова, Н. В. Палиева, Е. Ю. Бибяева

Аннотация. В статье представлен обзор литературы, посвященный изучению психологического и гинекологического здоровья женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез. Рассматриваются основные психологические аспекты, которые часто сопровождают доброкачественные дисплазии молочных желез. Особое внимание уделяется взаимосвязи между эмоциональным состоянием и гормональным фоном, а также влиянию хронического стресса на течение

заболеваний. Обсуждаются особенности гинекологического здоровья, включая нарушения менструального цикла, гормональные дисфункции и их возможная связь с патологией молочных желез. Проанализированы современные подходы к терапии, направленные на снижение уровня стресса и улучшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: доброкачественные заболевания молочных желез, гормональная регуляция, качество жизни.

PSYCHOLOGICAL AND GYNECOLOGICAL HEALTH OF WOMEN WITH BENIGN BREAST DISEASES

Yu. A. Petrov, A. Yu. Tarasova, N. V. Palieva, E. Yu. Bibyaeva

Annotation. The article presents a review of the literature devoted to the study of the psychological and gynecological health of women with benign breast diseases. The main psychological aspects that often accompany benign breast dysplasia are considered. Special attention is paid to the relationship between emotional state and hormonal background, as well as the effect

of chronic stress on the course of diseases. The features of gynecological health, including menstrual disorders, hormonal dysfunctions and their possible connection with breast pathology, are discussed. Modern approaches to therapy aimed at reducing stress levels and improving the quality of life of patients are analyzed.

Keywords: benign diseases of the mammary glands, hormonal regulation, quality of life.

Доброкачественные заболевания молочных желез, такие как фиброаденомы, мастопатия и другие, широко распространены и являются одной из главных причин обращения женщин к гинекологам и маммологам. Несмотря на то что эти заболевания не угрожают жизни, их влияние на психическое здоровье женщин часто недооценено. Страх перед возможным развитием рака, болевые ощущения, необходимость длительных медицинских наблюдений могут вызывать у женщин тревогу, депрессию, снижать качество жизни [1]. Важно исследовать взаимосвязь между физическим состоянием

и психологическим благополучием женщин, что будет способствовать более комплексному подходу к лечению и профилактике таких заболеваний [2, 3].

Цель работы — анализ и обобщение существующих исследований, посвященных изучению взаимосвязи психологического и гинекологического здоровья женщин, страдающих доброкачественными заболеваниями молочных желез.

Термин «доброкачественные заболевания молочной железы» охватывает широкий спектр патологий, включая опухоли, травмы, масталгию и выделения из сосков.

Наиболее распространенным заболеванием в этой группе является фиброзно-кистозная мастопатия, в современной литературе именуемая доброкачественной дисплазией молочных желез (ДДМЖ). Это заболевание представляет собой дисгормональный гиперпластический процесс, возникающий в молочной железе (МЖ), который характеризуется разнообразием пролиферативных и регрессивных изменений. Эти изменения сопровождаются нарушением баланса между эпителиальными и соединительнотканными компонентами, что в свою очередь нарушает нормальную архитектуру

ткани МЖ. Причины возникновения и прогрессирования этого состояния до конца не ясны, однако известно, что оно связано с нарушениями в гормональной регуляции, особенно с повышенным уровнем эстрогенов и дефицитом прогестерона в организме женщин, что отражает важность правильной диагностики и выбора метода лечения [4, 5].

ДДМЖ тесно связана с различными гинекологическими заболеваниями, что подчеркивает ее мультифакториальный характер. Частота встречаемости ДДМЖ у женщин с гинекологическими патологиями достигает 98%, что значительно выше по сравнению с общей популяцией (50–60%). Это свидетельствует о тесной взаимосвязи между состоянием репродуктивной системы и здоровьем МЖ [6]. Гинекологические заболевания могут выступать как факторы, способствующие или усугубляющие развитие патологии МЖ. Поэтому важно не только диагностировать патологии МЖ, но и учитывать сопутствующие гинекологические заболевания, такие как эндометриоз, миома матки, бесплодие, нарушения менструального цикла. Они могут изменять гормональный фон женщины, что способствует развитию доброкачественных заболеваний МЖ [7–9].

Связь между гинекологическими заболеваниями и доброкачественными заболеваниями МЖ обусловлена общими патогенетическими механизмами. В основе этих патологий лежат дисгормональные процессы, возникшие в результате нарушенной регуляции репродуктивной системы. МЖ как часть этой системы зависит от функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, ответственной за выработку гормонов, влияющих на ее развитие и функционирование. Дисбаланс в уровне эстрогенов и прогестерона может привести к пролиферации эпителиальных и соединительнотканых элементов МЖ, провоцируя развитие мастопатии. Учитывая это, лечение доброкачественных заболеваний МЖ должно опираться не только на локальную патологию, но и состояние репродуктивной системы в целом, включая гормональный статус женщины [10].

Результаты исследований показывают, что женщины с гиперпластическими (пролиферативными)

процессами половых органов входят в группу высокого риска по развитию ДДМЖ, т. к. в их основе хроническая ановуляция, сопровождающаяся нарушением баланса гормонов в организме. Так, например, повышенный уровень пролактина, который усиливает чувствительность тканей МЖ к эстрогенам за счет увеличения количества как собственных, так и эстрогеновых рецепторов в них, способствует развитию мастопатии. Кроме того, в качестве примера можно привести синдром поликистозных яичников, при котором формируются гиперпластические процессы в органах-мишенях, в т. ч. и в МЖ [11, 12].

Известно, что эстрогены стимулируют рост эпителия и соединительной ткани МЖ, активируя клеточную пролиферацию и увеличивая количество клеток, что может привести к образованию кист и фиброзных участков, в то время как прогестерон способствует созреванию и апоптозу эпителиальных клеток, а также регулирует ферменты, которые контролируют активные формы эстрогенов в ткани МЖ. Дефицит прогестерона, наблюдающийся в различных клинических ситуациях, приводит к избыточной пролиферации соединительнотканного и эпителиального компонентов МЖ, провоцируя формирование фиброзно-кистозной трансформации. Кроме того, прогестерон снижает активность рецепторов эстрогенов, что играет важную роль в патогенезе мастопатии [13, 14]. Необходимо учитывать, что усиленное воздействие эстрогенов не всегда связано с абсолютной гиперэстрогенией — гораздо чаще встречается относительная гиперэстрогения, возникающая из-за недостатка прогестерона во второй фазе менструального цикла [15].

Для пациенток с эндометриозом также характерна гиперэстрогения, которая усиливает клеточную пролиферацию, активируя факторы роста и ангиогенез, что, помимо прочего, способствует прогрессированию патологии МЖ. Также в основе патогенеза эндометриоза заложен провоспалительный цитокиновый дисбаланс, дополнительно поддерживающий и усугубляющий патологию МЖ [16, 17]. При эндометриозе, миоме матки и их сочетании чаще всего диагностируются узловые формы мастопатии. Высокая частота пролиферативных форм

фиброзно-кистозной мастопатии указывает на общий патогенетический механизм этих заболеваний. В исследованиях показано негативное влияние на состояние МЖ и репродуктивных потерь (особенно до первых родов), бесплодие, кратковременное грудное вскармливание или нарушение лактации [18].

Защитный эффект от заболеваний МЖ наблюдается при позднем наступлении менархе (первое менструальное кровотечение) и длительном грудном вскармливании, которое продолжается более 12 месяцев. Эти факторы указывают на значимость гормонального фона в профилактике заболеваний МЖ и подтверждают важность поддержания гормонального равновесия для здоровья женщины [18].

Исходя из патогенетических основ многих ДДМЖ — тканевая пролиферация и возможная склонность к бластоматозному росту, — эти заболевания требуют диспансерного наблюдения у профильного специалиста (акушера-гинеколога или онколога), что отражается на их психологическом здоровье. Современные исследования подчеркивают значительную взаимосвязь между эмоциональным состоянием женщин и наличием ДДМЖ. Указывается на связь заболеваний МЖ с повышенным уровнем тревожности и депрессии, что обязательно определяется опасениями по поводу возможного развития рака МЖ, и с социальными и эмоциональными аспектами, обусловленными хроническим характером болезни и ее влиянием на качество жизни. Женщины с таким диагнозом нередко сталкиваются с чувством неопределенности и уязвимости, что усиливает их стресс и снижает эмоциональную устойчивость. Эти психологические расстройства оказывают серьезное влияние на качество жизни пациенток, ухудшая их способность справляться с ежедневными задачами, включая семейные отношения и профессиональную деятельность [19]. Помимо этого, психоэмоциональная напряженность поддерживает и усугубляет течение заболевания МЖ, т. к. хронический психотравмирующий фон способствует превалированию механизмов возбуждения над торможением в центральной нервной системе. Такое перевозбуждение вызывает сбой в работе репродуктивной гипоталамо-гипофизарно-яичниковой

оси и симпатоадреналовой системе, поддерживая гормональный дисбаланс и формируя замкнутый круг дисрегуляции.

Психосоциальный стресс, связанный с диагностикой и лечением ДДМЖ, также выступает важным предиктором развития и прогрессирования эндокринных нарушений и на других уровнях, что выражается в таких симптомах, как повышенная утомляемость, частые головные боли, бессонница и мнительность [20]. Женщины с ДДМЖ нередко испытывают эмоциональные нарушения. Эти состояния связаны с беспокойством о своем здоровье, внешнем виде и возможных осложнениях болезни. Такое сочетание симптомов может приводить к ухудшению психоэмоционального состояния, снижению работоспособности, социальной активности и уровня удовлетворенности жизнью [19, 21].

Особенно выраженный стресс наблюдается у женщин на этапе диагностики и лечения. Более 80% пациенток отмечают значительный психологический дискомфорт при направлении к онкологу, что значительно усиливает их тревогу и может вызывать соматические реакции, такие как ухудшение сна, раздражительность и снижение аппетита. При этом более 70% женщин связывают усиление симптомов мастопатии с обострением соматических заболеваний или воздействием стрессовых ситуаций [22, 23].

Дополнительным стрессовым фактором для женщин становится ожидание результатов обследования или проведение генетического тестирования, особенно в случаях повышенного риска носительства аномальных мутаций в генах BRCA1/2. У таких пациенток страх перед возможным развитием рака МЖ нередко сопровождается эмоциональной нестабильностью, которая усугубляется необходимостью принятия сложных

решений, таких как профилактическая мастэктомия или изменение образа жизни. Это может приводить к значительному ухудшению качества жизни, связанному с изменением восприятия собственного тела, снижением уверенности в себе и ухудшением сексуального благополучия. Женщины с подобными проблемами часто сталкиваются с социальной изоляцией и трудностями в поддержании близких отношений, что дополнительно ухудшает их эмоциональное состояние [24, 25].

Даже у женщин с субклиническим уровнем тревожных расстройств отмечается снижение качества жизни. Такие пациентки могут испытывать проблемы в повседневной активности, социальной жизни и выполнении профессиональных обязанностей. Эти расстройства негативно сказываются не только на физическом, но и на эмоциональном состоянии, снижая способность женщин радоваться жизни и поддерживать гармонию в семейной и социальной сферах [19, 26].

Позитивное влияние на психологическое состояние пациенток оказывает уменьшение симптомов основного заболевания после лечения. Результаты исследований свидетельствуют, что устранение или снижение выраженности таких проявлений ДДМЖ, как масталгия и наличие узловых образований, способствует значительному снижению уровня тревожности и депрессии. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода в лечении, включающего не только терапию основного заболевания, но и меры, направленные на улучшение психологического благополучия [27].

Лечение ДДМЖ должно включать программы психологической поддержки, консультации специалистов по снижению тревожности, обучение методам управления стрессом и улучшение общей осведомленно-

сти пациенток о своем состоянии. Разъяснение диагностических процедур, прогнозов и целей лечения, а также поддержка со стороны медицинского персонала позволяют снизить уровень дистресса и повысить удовлетворенность жизнью. Кроме того, включение психологической помощи в общую терапию помогает женщинам адаптироваться к своему состоянию, снизить негативные эмоции и улучшить качество жизни [25].

Таким образом, подтверждена прямая взаимосвязь между состоянием психического здоровья женщин с доброкачественными заболеваниями МЖ и их эмоциональным состоянием. Эффективная медицинская и психологическая поддержка таких пациенток имеет важное значение для предотвращения хронического стресса и повышения качества их жизни [28].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обзор литературы показывает, что доброкачественные заболевания МЖ и гинекологические патологии имеют общие механизмы, связанные с гормональными нарушениями, особенно в контексте дисбаланса эстрогенов и прогестерона. Эти заболевания почти всегда взаимосвязаны, что подтверждается высокой частотой регистрации сопутствующих заболеваний органов репродуктивной системы у женщин с ДДМЖ. Психологические факторы, такие как тревожность и стресс, играют значимую роль в течении заболеваний МЖ, ухудшая здоровье и качество жизни этих пациенток. Комплексный подход к диагностике и лечению, включающий не только медицинскую, но и психологическую поддержку, является необходимым для эффективного управления этими заболеваниями и улучшения качества жизни женщин.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Петров Ю. А., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Гром А. С. Специфика психоэмоционального состояния онкогинекологических больных // Главный врач Юга России. 2023. Т. 88, № 2. С. 31–34.
- Orr B., Kelley J. L. Benign breast diseases: evaluation and management // *Clinical obstetrics and gynecology*. 2016. V. 59, N. 4. P. 710–726.
- Stachs A., Stubert J., Reimer T., Hartmann S. Benign breast disease in women // *Deutsches Arzteblatt international*. 2019. V. 116, N. 33–34. P. 565–574.
- Родионов В. В., Сметник А. А. Доброкачественные заболевания молочных желез // *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучение*. 2018. Т. 19, № 1. С. 90–100.
- Вандеева Е. Н., Протасова А. Э., Раскин Г. А. [и др.]. Морфологические особенности доброкачественной дисплазии молочной железы у женщин с эндометриоз-ассоциированным бесплодием // *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2018. Т. 2, № 10. С. 22–25.
- Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А., Тищенко Е. Э. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья // *Главный врач Юга России*. 2023. Т. 90, № 4. С. 45–48.

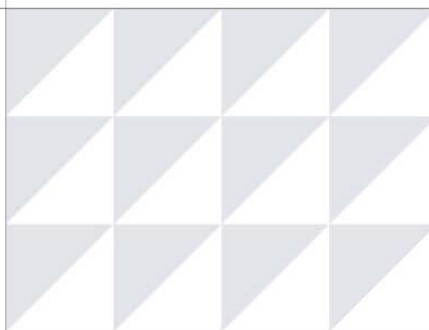
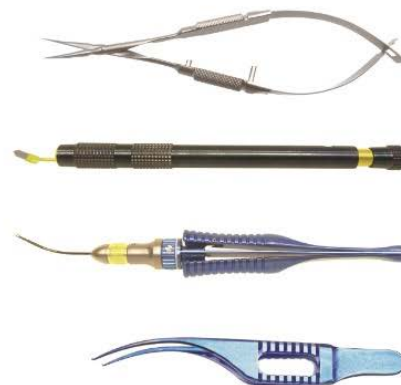
ООО «Медин-Урал» более 30 лет занимается производством и разработкой широкого спектра медицинских изделий:

- ▶ имплантатов и инструментов для нейрохирургии и спинальной хирургии;
- ▶ инструментов для микрохирургии, офтальмологии.

Для производства используются инновационные материалы и специальные сплавы от ведущих мировых производителей. Производственные мощности оснащены современным оборудованием зарубежного производства.

Благодаря длительному опыту партнерских отношений с ведущими клиниками России, постоянно модифицируются изготавливаемые изделия и разрабатываются новые инструменты и имплантаты. Инновационные инженерные решения в кратчайший срок интегрируются в производство и внедряются в серийные образцы.

Качество продукции подтверждено сертификатами соответствия ГОСТ ISO 13485-2017 и ГОСТ Р ИСО 9001-2015.



ООО «МЕДИН-УРАЛ» Россия, 620137, г. Екатеринбург, ул. Студенческая 9
Тел.: +7 343 369 14 12, +7 343 369 22 11, +7 343 374 27 82
www.medin-ural.ru, e-mail: medin-ural@medin-ural.ru

РЕКЛАМА



Российский разработчик
и производитель

АО «НИИПП», 634034, Россия,
г. Томск, ул. Красноармейская 99а
marketing@niipp.ru (3822) 288-400



Подробнее
можно ознакомиться
на нашем сайте:
www.niipp.ru



АВТОНОМНЫЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯТОРЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА АЭС ЖКТ «СИБИРИУМ»

Предназначены для активации моторной деятельности кишечника с целью активации их биоэлектрической, моторной и секреторной деятельности, а также прилегающих внутренних органов брюшной и тазовой полости.

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ от 03.11.2015 № РЗН 2015/2483



АВТОНОМНЫЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯТОРЫ РЕКТАЛЬНО-ВАГИНАЛЬНЫЕ АЭС МТ-РВ «Эректрон»

Предназначены для восстановления моторно-эвакуаторной деятельности органов малого таза электрическими импульсами.

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ от 23.06.2022 № ФСР 2008/02842



АППАРАТЫ СВЕТОДИОДНЫЕ ФОТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОРТАТИВНЫЕ С МАГНИТНОЙ НАСАДКОЙ «ГЕСКА»

Предназначены для лечения методом воздействия постоянного магнитного поля и электромагнитного излучения инфракрасного и оптического диапазона на патологический очаг или организм в целом, а также для лечения путем воздействия на биологически активные точки и зоны пациента.

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ от 08.06.2022 № РЗН 2022/17509

РЕКЛАМА

7. Высоцкая И. В. Доброкачественная дисплазия молочных желез в раннем и позднем репродуктивном периоде // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2021. Т. 77, № 3. С. 67–75.
8. Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А., Шелегова Д. Р. Психологический и сексологический портрет женщин с миомой матки // Главный врач Юга России. 2023. Т. 88, № 2. С. 47–50.
9. Петров Ю. А., Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Халилова В. Ф. Психоэмоциональные проявления и качество жизни больных с генитальным эндометриозом // Главный врач Юга России. 2023. Т. 90, № 4. С. 58–61.
10. Weaver M., Stuckey A. Benign Breast Disorders // Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2022. V. 49. N. 1. P. 57–72.
11. Кравченко Е. Н., Ожерельева М. А. Состояние молочных желез при гинекологических заболеваниях (литературный обзор) // Мать и дитя в Кузбассе. 2014. № 2. С. 19–23.
12. Мустафин Ч. Н. Гормональная регуляция молочных желез и предменструальный синдром // Лечащий врач. 2018. № 3. С. 44–49.
13. Пестрикова Т. Ю., Юрасова Ю. А., Юрасов И. В. Междисциплинарные аспекты патологии молочной железы: обзор литературы // Гинекология. 2016. Т. 18, № 5. С. 53–59.
14. Родионов В. В., Сметник А. А. Доброкачественные заболевания молочных желез // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2018. № 1. С. 90–100.
15. Безнощенко Г. Б., Кравченко Е. Н., Кропмаер К. П. [и др.]. Современные патогенетические аспекты доброкачественных дисплазий молочных желез // Мать и дитя в Кузбассе. 2018. № 1. С. 93–96.
16. Дошанова А. М. Гормональная терапия эндометриоза и состояние молочных желез // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2015. Т. 15, № 4. С. 32–35.
17. Кулавский В. А., Пушкарев В. А., Кулавский Е. В. [и др.]. Этиопатогенез гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста // Медицинский вестник Башкортостана. 2019. Т. 80, № 2. С. 71–80.
18. Ласачко С. А. Нарушения репродуктивного здоровья как фактор риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез // Репродуктивная медицина. 2014. Т. 18–19, № 1–2. С. 14–18.
19. Srivastava V., Meena R. K., Ansari M. A. A Study of Anxiety and Depression in Benign Breast Disease // Journal of mid-life health. 2020. V. 11, N. 4. P. 200–209.
20. Barrow T. M., Peng C., Wilson A., et al. Psychosocial stress is associated with benign breast disease in young Chinese women: results from Project ELEFANT // Breast cancer research and treatment. 2019. V. 173. P. 217–224.
21. Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Демидова А. Е. Психологические особенности женщин в пред- и послеоперационный период // Главный врач Юга России. 2023. Т. 88, № 2. С. 51–54.
22. Маммология: национальное руководство. Под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 592 с.
23. Oner G., Bahçe Z., Yildirim N., et al. Psychological Symptoms and Health Related Quality of Life in Patients with Mastalgia // Archives of Breast Cancer. 2022. V. 9, N. 4. P. 474–479.
24. Isselhard A., Lautz Z., Rhiem K., et al. Assessing Psychological Morbidity in Cancer-Unaffected BRCA1/2 Pathogenic Variant Carriers: A Systematic Review // Current Oncology. 2023. V. 30, N. 4. P. 3590–3608.
25. Руженков В. А., Шуличенко Е. А. Психические расстройства у женщин с доброкачественной дисплазией молочной железы // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 4.
26. Миронова В. Г., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Нюансы супружеских отношений и психологические особенности у женщин с гинекологическими заболеваниями. В кн.: Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения: материалы IX Международной научно-практической конференции. Ростов-на-Дону, 18.11.2022. Волгоград: ООО «Сфера», 2022. С. 91–98.
27. Fakhraev S., Bahrami N., Qurbani M., et al. The Effect of Healthy Lifestyle Promotion Intervention on Quality of Life in Cyclic Mastalgia via Individual Counseling: A Randomized Controlled Clinical Trial // International Journal of Community Based Nursing and Midwifery. 2021. V. 9, N. 51. P. 55–63.
28. Макачук О. М., Абдулрахман А. М. Психосоматические и психоэмоциональные исследования в алгоритме диагностики и оценки качества жизни женщин с сочетанной патологией гиперпластических процессов матки и молочных желез // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2016. Т. 6, № 4 (46). С. 485–492.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия
 Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2;
 e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2348-8809.
 Палиева Наталья Викторовна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2;
 e-mail: nat-palieva@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-2278-5198.
 Бибяева Екатерина Юрьевна — соискатель кафедры акушерства и гинекологии № 2; e-mail: ordmag35@rostgmu.ru.
 Медицинский центр «Люмос», г. Ростов-на-Дону, Россия
 Тарасова Анастасия Юрьевна — магистр психологических наук, психолог центра; e-mail: na.design91@gmail.com.

УДК: 618.71:616-055.28

ОСЛОЖНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОДОВ

А. Р. Широкова, Ю. А. Петров, Н. В. Палиева, А. Ю. Тарасова, А. А. Колганова

Аннотация. Женщина уникальна в своем совершенстве. В ее теле одновременно могут биться два сердца, в ней зарождается новый организм и жизнь, и это совершается не единожды. Беременность и роды — самые волнительные события в жизни каждой женщины, но они имеют множество разнообразных последствий, и их исходы непредсказуемы. Женщины по-разному переносят гестационные испытания:

для кого-то нет покоя с первого дня, а кто-то не испытывает никаких трудностей и лишений. Аналогичная ситуация складывается с родами и пуэрперием. В обзоре рассмотрены психологическое и сексологическое состояние женщины в послеродовом периоде.

Ключевые слова: репродукция, беременность, роды, послеродовая депрессия.

COMPLICATIONS OF PSYCHOLOGICAL AND SEXOLOGICAL HEALTH OF WOMEN AFTER CHILDBIRTH

A. R. Shirokova, Yu. A. Petrov, N. V. Palieva,
E. A. Tarasova, A. A. Kolganova

Annotation. A woman is unique in her perfection. Two hearts can beat in her body at the same time, a new organism and life are born in her, and this happens more than once. Pregnancy and childbirth are the most exciting events in every woman's life, but they have many different consequences and their outcomes

are unpredictable. Women tolerate gestational tests in different ways. For some, there is no peace from the first day, while the other does not experience any difficulties and hardships. A similar situation exists with childbirth and puerperium. The review will examine the psychological and sexological state of a woman in the postpartum period.

Keywords: reproduction, pregnancy, childbirth, postpartum depression.

Беременность и роды меняют жизнь женщины психоэмоционально и физически, повышая ее уязвимость к формированию различных расстройств в организме. Психологическая стрессированность беременной женщины обязательно отражается на плодовой биохимии, имея определенные негативные последствия — кратко- и долгосрочные. Гормональная перестройка, модуляция иммунного ответа после родов и другие метаморфозы женского организма в этот период повышают вероятность осложнений. Довольно распространены в пuerперии психологические расстройства, доля которых среди родильниц достигает 85%. В основном наблюдаются легкие симптомы, которые имеют кратковременный характер, однако значительная часть случаев (10–15%) включает тяжелые психические расстройства, такие как депрессия или тревога. Это происходит преимущественно из-за поздней диагностики легких форм послеродовой депрессии (ПД, от лат. *post* — после и *natalis* — относящийся к рождению) и, как факт, отсутствия надлежащего ухода, что может потребовать медицинского лечения с возможной изоляцией матери от ребенка [1, 2].

С позиции физиологии, после родов осуществляется необходимая для поддержания лактации гормональная перестройка, меняется обмен веществ и ферментация в организме, что влияет на женскую психику. Одновременно все внутренние органы и системы должны вернуться к исходному морфофункциональному и топографическому состоянию. Эмоциональный гомеостаз в этот период лабилен и требует внимания и содействия со стороны окружающих (семьи, друзей, медицинского персонала) [3].

Начиная с момента рождения происходит важный социальный процесс становления материнства как для самой женщины, так и в общественном пространстве. Выстраивается

новая функциональная единица — система «мать — ребенок». Но не только это — меняется и функционал в системе супругов. Первостепенной становится система «мать — ребенок», а система «муж — жена» уходит на второй план, что объяснимо с физиологических и психоэмоциональных позиций, но не всегда принимается мужчиной. У отца не формируется чувство «материнства» на нейрогуморальном уровне, а для чувства «отцовства» необходим постоянный контакт с ребенком для созревания отцовской привязанности и ответственности. Однако система взаимоотношений «муж — жена», где лидирующие позиции принадлежат супругу, необходима в ситуации формирования чувства «радости материнства» [4, 5]. Родственники, друзья, окружение порой оказывают огромное влияние на семью, делясь опытом и знаниями в вопросах «молодой семьи». Всё это, безусловно, значимо, но только в том случае, если инициатором выступает сама молодая семья и она определяет рамки вмешательств извне [6].

Все морфофункциональные перестройки во время беременности и после родов могут быть субстратом сексуальной дисфункции: диспареунии, дефицита вагинальной смазки при коитусе, потери полового влечения, альго-, аноргазмии, посткоитальных кровотечений и др. Отмечено, что лишь 15% женщин приходят к врачу с этими проблемами [7, 8], а между тем сексуальное здоровье (определение Всемирной организации здравоохранения) — один из критериев качества жизни, полноценность которого включает нормальную половую функцию [9].

В 20% случаев женщины отмечают боль во время полового акта в первые 3 месяца после родов; каждая пятая указывает, что боль сохраняется 6 месяцев и более, а каждая девятая из них не готова возобновить половую близость [10–11]. М. Хаджей и соавт. (2015) опубликовали по-

перечное когортное исследование с участием 325 женщин (через 12 месяцев после первых родов). С помощью авторской анкеты, включающей анамнез, оценку сексуальной дисфункции, общего здоровья и взаимоотношений между партнерами, проводилось тестирование. Получены данные о том, что сексуальная дисфункция в первый год после родов отмечена в 64,3%, сексуальная неудовлетворенность — в 70,5% случаев. Основные проявления дисфункции — отсутствие полового влечения (81,2%) и возбуждения (52,5%), дизоргазмия (53,5%); также наблюдалось снижение сексуальной активности в паре, женщина реже инициировала половой контакт; у большинства пар отмечалось отсроченное начало половой жизни после родов (через 9 недель и более). Нередко всему этому в первые 5 месяцев сопутствовала ПД и неудовлетворенность отношениями с партнером [12].

Одной из основных причин сексуальной дисфункции считается хирургическое вмешательство во время родов, такое как эпизиотомия. Исследования показывают, что вагинальные роды с эпизиотомией оказывают более серьезное влияние на сексуальную функцию по сравнению с абдоминальными родами [13, 14]. В противовес этому результаты исследования в Омане, проведенного среди 150 первобеременных женщин, состоящих в браке и не имевших ранее половой дисфункции, показали, что 81 женщина родила вагинально с эпизиотомией, а 69 — путем кесарева сечения (КС). Оценка сексуальной функции проводилась с помощью опросника «Индекс женской сексуальной функции (FSFI, Female Sexual Function Index)» через 3 и 6 месяцев после родов. Определено, что нет статистически значимой разницы в выраженности сексуальной дисфункции между группами сравнения (в 30% случаев после вагинальных родов и в 38% после КС начало половой жизни в течение 1-го месяца



V Юбилейный Конгресс-Выставка
ТОЧНАЯ МЕДИЦИНА-25
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГА



ЗАПЛАНИРУЙТЕ УЧАСТИЕ на 2025 год!

26-27 ИЮНЯ

КАВКАЗСКИЕ
МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

 **КИСЛОВОДСК**

16-17 СЕНТЯБРЯ

ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

 **ГРОЗНЫЙ**

6-8 НОЯБРЯ

ЮЖНЫЙ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

 **РОСТОВ-НА-ДОНУ**



 **+7 (863) 221-39-78**
www.medcongresstm.ru



МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА

МЕДЭКСПО

ЗДОРОВЬЕ И КРАСОТА



9 -11 апреля 2025 г.

г. Якутск

Официальная поддержка:

Союз «Торгово-промышленная палата Республики САХА(Я)»;
Министерство здравоохранения Республики САХА(Я);
ГКУ РС(Я);
ГБУ РС(Я) «Республиканский центр общественного здоровья
и медицинской профилактики».

ООО «ВК Сибэкспосервис»

(383) 335-63-50



vkses@yandex.ru, www.ses.net.ru

после родов, 68 и 59% — через 2 месяца соответственно, 2 и 3% не начали половую жизнь в течение полугода) [15].

Лонгитюдный метаанализ (1960–2012), в котором было 20 исследований с участием более 100 женщин и обязательным использованием валидированных опросников по половой функции, опубликован в 2014 году А.О. Йениэлем и Э. Петри. Гипотеза исследования — плановое КС оказывает меньшее влияние на половую дисфункцию после родов из-за отсутствия обратимого повреждения крестцового нерва, как при вагинальных родах (сохраняется полгода после родов; нет исследований, доказывающих более длительное сохранение этого эффекта). Метаанализ показал, что после оперативных вагинальных родов показатель FSFI значительно ниже, чем после планового КС, и сохраняется таким не менее года [16].

Неожиданными явились данные о более выраженной сексуальной дисфункции в результате эпизиотомии, нежели после спонтанных разрывов в родах. Установлена корреляция между силой сокращения мышц тазового дна и сексуальной функцией, что объясняется снижением тонуса мышц тазового дна во время беременности, независимо от способа родоразрешения. Авторы метаанализа отмечают недостаток лонгитюдных исследований с достаточным размером выборки и не находят убедительных доказательств того, что плановое КС может предотвратить послеродовую половую дисфункцию. Заслуживает внимания обзор 50 зарубежных и российских исследований, проведенных в 2017 году. Авторы отмечают, что частота сексуальных расстройств после родов коррелирует с дисфункцией мышц тазового дна, увеличиваясь с 20% в пуэрперии до 50–80% в отдаленном периоде [17–19].

Гормоны играют значительную роль в возвращении к сексу после рождения ребенка. Через неделю после родов или даже раньше уровень эстрогена у женщины падает до значений, которые были до беременности, а если она кормит ребенка грудью, то гипозестрогения может прогрессировать. И это может стать причиной вагинальной сухости и диспареунии на данном этапе. Кроме того, сухость может привести к раз-

дражению тканей и кровотечению, что повышает риск инфицирования.

После естественных родов мышцы влагалища могут растянуться. Это обратимо — со временем мышечный тонус и эластичность тканей тазового дна восстанавливаются, но секс через месяц после родов может не доставлять женщине удовольствия именно по этой причине, т. к. привычность физических ощущений нарушается. Тогда возникает вопрос: как обстоят дела после КС, когда ткани родового канала не травмируются и не испытывают нагрузки? Как показывают исследования, всё аналогично, т. к. в целом на протяжении всей беременности и после родов гормональные, молекулярно-биохимические перестройки остаются прежними, независимо от способа родоразрешения [20, 21].

Изучение влияния психологических факторов на развитие послеродовых осложнений у матери не менее актуально. Психоэмоциональное состояние матери является залогом не только нормального восстановления организма женщины после родов, но и здоровья новорожденного, и, как следствие, установления между ними отношений «мать — ребенок» [22–24].

Психологические расстройства в послеродовом периоде — одни из самых распространенных [25]. Статистические данные опросов 2000-х годов, в одном из которых приняли участие более 20 тыс. респондентов из 67 регионов России, показали, что около 60% женщин хотели получить психологическую и психотерапевтическую помощь в медицинских учреждениях акушерско-гинекологического профиля, где они диспансеризованы по беременности, родам и послеродовому периоду [1]. Схожие результаты получил Санкт-Петербургский городской центр медицинской профилактики, сотрудники которого организовали опрос 1473 беременных женщин, состоящих на учете в женских консультациях. Опрос установил, что более половины из них (57%) желали иметь психологическое сопровождение непосредственно по месту наблюдения в женской консультации. В результате 1 июня 2007 года Минздравсоцразвития России издан Приказ № 389 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федера-

ции», пункт 7 которого рекомендует организовать в отделениях женских консультаций кабинеты психолога для психопрофилактической подготовки женщин к родам, что и ныне соблюдается [3].

Основной психологической характеристикой послеродового периода является формирование диадической системы «мать — дитя», которая заменяет гестационную доминанту на родовую, а затем на лактационную. Суть диады в единстве двух — женщины и её ребенка, которые имеют симбиологически связанную и взаимозависимую физиологию и психическое функционирование [26].

Эмоции, испытываемые матерью во время беременности, вызывают изменения биохимических показателей крови, частоты дыхания, сердечных сокращений, артериального давления. Стрессовые ситуации, отрицательно влияющие на эмоциональный фон женщины, способствуют выбросу гормонов стресса (катехоламины) в кровь надпочечниками. Положительные эмоции, напротив, приводят к выработке гипофизом эндорфинов и их непосредственному воздействию на плод через плацентарный барьер [6, 7]. Известно, что позитивные переживания матери усиливают рост плода и способствуют более быстрому созреванию его чувственного восприятия. Таким образом, несмотря на отсутствие прямой связи между нервными системами матери и плода, они тесно связаны на биохимическом и психоэмоциональном уровне [27].

ПД — это стойкое расстройство настроения, чувство одиночества и грусти, возникающее у женщин после родов. ПД — депрессивное психическое расстройство, не позволяющее матери нормально взаимодействовать с ребенком, что препятствует формированию правильного родительского поведения. Симптомы расстройства разнообразны и могут включать грусть, депрессию, беспричинную плаксивость, раздражительность, тревожность, апатию и уныние, нарушения сна (бессонницу или повышенную сонливость), снижение аппетита или переедание, утомляемость, потерю интереса к ребенку и семье в целом. Эти симптомы достаточно стойкие (более двух недель подряд) и возникают сразу после родов, проявляются регулярно.

Важным критерием ПД признается невозможность женщины наслаждаться материнством. Главное, что симптомы появляются после родов в течение 4–16 недель. В странах, где проводились соответствующие исследования, ПД зафиксирована у 10–15% матерей, что превышает частоту депрессии у женщин в целом [2].

При ПД «молодые мамы» начинают беспричинно беспокоиться, у них снижается настроение, появляется повышенная плаксивость, замедляется речь и скорость реакции. Депрессивное настроение преследует их практически ежедневно. Непреодолимая общая слабость заставляет проводить большую часть дня в постели. В целом пассивны, но проявления родительства могут варьировать от игнорирования до гиперопеки ребенка. Например, неправильная интерпретация поведения новорожденных заставляет матерей постоянно кормить их или укачивать на руках. На этом фоне возникают нарушения цикла «сон — бодрствование» — дневная сонливость и ночная бессонница. Их тревожат мысли о материнской непоследовательности, что они плохие матери, не справляются и вредят ребенку. В результате повышенная забота сменяется безразличием и начинает тяготить. Теряется интерес к домашним делам и семейной жизни, они начинают избегать контактов с другими людьми. Наиболее тяжело послеродовое расстройство протекает по утрам [28, 29].

Послеродовым расстройствам присущи три симптомокомплекса:

- эмоциональный (общее снижение настроения, грусть и тоска, речь односложная и сильно замедленная);

- когнитивный (снижение чувства удовольствия, теряется радость жизни, их ничего не интересует);
- соматический (повышенная утомляемость сопровождается замедлением темпа жизни, вплоть до полной обездвиженности (ступор) — свидетельство снижения энергичности).

Вышеперечисленные симптомы характеризуют послеродовое расстройство как разновидность депрессивного психического расстройства. Развиваются не позднее 16-й недели после родов и наблюдаются симптомы, характерные только для ПД [2].

Современное общество очень мало знакомо с ПД, т. к. многие идеализируют послеродовой период и расценивают рождение ребенка как решение семейных проблем. Близкие роженицы игнорируют депрессивные симптомы, связывая их с проявлением капризов, отрицая саму возможность послеродовых психических заболеваний. Окружение и сами женщины уверены, что достаточно проявить волевые усилия, чтобы преодолеть хандру. На самом же деле ПД — это заболевание, требующее лечения. Не понимая этого, «молодые мамы» часто не рассказывают акушерам и педиатрам о своем состоянии, что делает невозможным своевременно диагностировать патологию. В связи с чем необходимы знания о депрессивных расстройствах, их симптомах и проявлениях, что обеспечит оперативное обращение к профильному врачу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщая изложенное, следует подчеркнуть, что изменения психического состояния женщины в послеродовой период связаны со мно-

гими факторами, роль каждого из которых важна по-своему. Это могут быть причины гормональной перестройки, индивидуальной реакции и чувствительности к стрессу, развития или рецидива уже имеющегося заболевания, которые могут служить триггером расстройств психического и сексуального поведения, нарушая качество жизни женщины и семьи, влияя на здоровье матери и ее новорожденного. Важной задачей семьи, окружающих и, прежде всего, наблюдающих в этот период мать и ребенка врачей является своевременное распознавание у матери отклонений и оказание ей специализированной помощи для обеспечения благополучия семьи.

Послеродовая сексуальная дисфункция затрагивает почти 2/3 женщин после родов. Сейчас нет исследований с хорошим уровнем доказательности, которые бы выявили преимущества вагинальных или хирургических родов в отношении профилактики сексуальной дисфункции после них. А также нужно четко понимать, что оперативное родоразрешение может быть проведено только при наличии строгих медицинских показаний и не может быть рекомендовано, если возможно проведение вагинальных родов, что является физиологическим для женщины и плода. Поэтому все эти сложные и существенные моменты требуют дальнейшей разработки и осмысления.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты. Хрестоматия по перинатальной психологии. М., 2015. С. 93–102.
2. Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А. Деонтологические и психологические вопросы в акушерстве и гинекологии. М.: Медицинская книга, 2024. 265 с.
3. Кожадей Е. В., Гречаный С. В. Психотические расстройства послеродового периода как состояния потенциальной угрозы жизни и здоровью новорожденного (анализ клинического случая) // Педиатр. 2018. Т. 9, № 5. С. 109–114.
4. Васильева В. В., Палиева Н. В., Боташева Т. В. Особенности спектральных электроэнцефалографических характеристик у беременных женщин с нормальным и нарушенным метаболизмом в зависимости от стереоизомерии маточно-плацентарного комплекса // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 4. Естественно-математические и технические науки. 2016. Т. 181, № 2. С. 83–91.
5. Коргожа М. А. Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде: проблемы инструментария и их решение // Медицинская психология в России. 2021. Т. 13, № 2. С. 5.
6. Палиева Н. В., Боташева Т. Л., Петров Ю. А. [и др.]. Метаболический синдром — пусковой механизм расстройств психоэмоционального и акушерского «гомеостаза». В кн.: Здоровая мать — здоровое потомство: сборник материалов внутривузовской научно-практической конференции. Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2020. С. 324–334.

7. Палиева Н. В., Боташева Т. Л. Влияние морфофункциональных асимметрий системы «мать — плацента — плод» на метаболический гомеостаз при беременности // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 4. Естественно-математические и технические науки. 2018. Т. 231, № 4. С. 63–70.
8. Парманова Н. А. Психологические особенности родов и послеродового периода // Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences. 2021. Т. 1, № 8. С. 279–287.
9. Jones K., Harrison V., Moulds M. L., et al. A qualitative analysis of feelings and experiences associated with perinatal distress during the COVID-19 pandemic // BMC Pregnancy Childbirth. 2022. V. 22, N. 1. P. 572.
10. Палиева Н. В., Боташева Т. Л., Пелипенко И. Г. Особенности биоэпигенетики женщин: усиление влияния правополушарных структур на функциональные процессы в женском организме. В кн.: Материалы Международной научной конференции «Бисосфера и человек», Майкоп, 2019. Майкоп: Эл. изд. техн., 2019. С. 287–289.
11. Pereira D., Wildenberg B., Gaspar A., et al. The Impact of COVID-19 on Anxious and Depressive Symptomatology in the Postpartum Period // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022. V. 19, N. 13. P. 7833.
12. Khajehei M., Doherty M., Tilley P. J., Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women // J Sex Med. 2015. V. 12. P. 1415–1426.
13. Rai S., Pathak A., Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management // Indian J. Psychiatr. 2015. V. 57 N. Suppl. 2. P. 216–221.
14. Richard A., Pinoit J.-M., Perriot G., et al. Dépression du postpartum et risqué suicidaire a propos d'un cas Clinique // Res. Fr. Psychiat. Psych. Med. 2010. V. 14, N. 114. P. 18–22.
15. Kurniawati E. M., Irawanto S., Muhdi N. The sexual function of primiparous women after normal delivery and cesarean section according to the female sexual function index // Open Access Maced J Med Sci. 2021. V. 9, N. B. P. 1237–1240.
16. Yeniel A. O., Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts // Int Urogynecol J. 2014. V. 25, N. 1. P. 5–14. DOI: 10.1007/s00192-013-2118-7.
17. Gün İ., Doğan B., Özdamar Ö. Long- and short-term complications of episiotomy // Turk J Obstet Gynecol. 2016. V. 13, N. 3. P. 144–148. DOI: 10.4274/tjod.00087.
18. Mori T., Tsuchiya K. J. Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: the Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study // J Affect Disord. 2019. N. 1–3. P. 341–346.
19. Roman M., Constantin T. The efficiency of online cognitive-behavioral therapy for postpartum depressive symptomatology: a systematic review and meta-analysis // Women Health. 2020. N. 1. P. 99–112.
20. He L., Soh K. L., Huang F., et al. The impact of physical activity intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis // J Affect Disord. 2023. N. 15. P. 304–319.
21. Fanshawe A. M., De Jonge A., Ginter N., et al. The impact of mode of birth, and episiotomy, on postpartum sexual function in the medium- and longer-term: an integrative systematic review // Int J Environ Res Public Health. 2023. V. 20, N. 7. P. 5252.
22. Палиева Н. В., Петров Ю. А., Тарасова А. Ю. Медицинские и психологические нюансы планирования семьи: Монография. М.: Медицинская книга, 2023. 304 с.
23. Скорород А. П., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А. Особенности личностной трансформации в послеродовом периоде // Главный врач Юга России. 2023. Т. 87, № 1. С. 44–47.
24. Смелова В. Н., Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А. Психологические факторы в возникновении послеродовых осложнений // Главный врач Юга России. 2022. Т. 85, № 4. С. 74–77.
25. Корнетов Н. А. Послеродовая депрессия — центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Бюллетень сибирской медицины. 2019. № 6. С. 5–24.
26. Бостанова М. Р., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А. Психофизиологическое состояние новорожденного в связи с психологическими особенностями матери // Главный врач Юга России. 2022. Т. 85, № 4. С. 77–80.
27. Метько Е. Е., Майборода А. А., Бондаревич А. В. [и др.]. Факторы риска послеродовой депрессии // Молодой ученый. 2018. № 15. С. 173–175.
28. Кожадей Е. В., Васильев А. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с беременностью и родами: дефиниции, современные представления, патофизиологические механизмы, факторы риска, диагностика // Российские биомедицинские исследования. 2024. Т. 8, № 4. С. 74–84.
29. Петров Ю. А., Решетникова В. В., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В. Психологические особенности несовершеннолетних мам // Главный врач Юга России. 2022. Т. 85, № 4. С. 69–73.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия
 Широкова Анастасия Романовна — соискатель кафедры акушерства и гинекологии № 2; e-mail: ordmag35@rostgmu.ru.
 Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2; e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2348-8809.
 Палиева Наталья Викторовна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2; e-mail: nat-palieva@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-2278-5198.
 Медицинский центр «Благо», г. Ростов-на-Дону, Россия
 Тарасова Анастасия Юрьевна — психолог центра, магистр психологических наук; e-mail: na.design91@gmail.com.
 ГБУ РО «Перинатальный центр в Ростове-на-Дону», г. Ростов-на-Дону, Россия
 Колганова Анастасия Александровна — кандидат медицинских наук, врач — акушер-гинеколог; e-mail: perinatal-rost@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8752-4955.

УДК: 618.4-053.86

ОСОБЕННОСТИ GESTАЦИИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ю. А. Петров, Н. В. Палиева, Н. А. Друккер, М. А. Ломакова

Аннотация. Согласно данным Росстата, уровень рождаемости в России с каждым годом уменьшается. Но несмотря на это, количество женщин позднего репродуктивного возраста в возрастной структуре рождаемости с каждым годом растет. С увеличением возраста женщины возрастают и риски неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов, поэтому

необходимо использовать индивидуальный подход к ведению беременности и родов. Исходя из этого, стоит обратить внимание на данную проблему и продолжить дальнейшее изучение этого вопроса.

Ключевые слова: поздний репродуктивный возраст, беременность, исходы родов для матери и плода.

FEATURES OF GESTATION IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

Yu. A. Petrov, N. V. Palieva, N. A. Drukker, M. A. Lomakova

Annotation. According to Rosstat, the birth rate in the Russian Federation is decreasing every year. But despite this, the number of women of late reproductive age in the age structure of fertility is growing every year. With increasing age of a woman, the risks of

adverse obstetric and perinatal outcomes also increase, therefore it is necessary to use an individual approach to the management of pregnancy and childbirth. Based on this, it is worth paying attention to this problem and continuing further study of this issue.

Keywords: late reproductive age, pregnancy, delivery outcomes for mother and fetus.

По данным Росстата, уровень рождаемости в Российской Федерации за первые шесть месяцев 2024 года в России сократился на 3% по сравнению с аналогичными показателями за 2023 год. Доля женщин позднего репродуктивного возраста в возрастной структуре рождаемости растет, что связано с быстро меняющимися условиями современной жизни. Однако с увеличением возраста женщины возрастают и риски развития осложненной беременности и родов. Поэтому необходимо уделять особое внимание женщинам, планирующим беременность после 35 лет.

Цель исследования — оценка и критический анализ с кратким изложением существующих исследований в данной области изучения. Обзор нацелен на раскрытие актуальных позиций по обсуждаемой теме и расширение знаний.

Стремление каждой женщины реализовать заложенный в ней природой потенциал приводит к откладыванию реализации репродуктивных задач на более поздний возраст, что детерминирует рождение первого ребенка в более зрелом возрасте, а именно старше 35 лет. Изменение традиционных представлений, касающихся института семьи, приводит к тому, что родители начинают ошибочно полагать, что у них есть неограниченное временными промежутками право на жизнь в так называемое свое удовольствие, а рождение ребенка может подождать и не входит в перечень первостепенных задач [1]. В СССР до 70-х годов XX века наиболее подходящим для рождения первого ребенка считался возраст от 18 до 22 лет, а первородящих старше 26 лет называли старородящими [2]. На сегодняшний день ценностные ориентации будущих матерей часто амбивалентны. Значимость семьи порой ставится в противовес социальной активно-

сти. При этом ориентация женщины на социальную успешность, карьерный рост, активную жизненную позицию и лидерство может стать причиной отчуждения от материнских переживаний и, как следствие, снижения ценности самого материнства [3]. Кроме того, в современном обществе женщины сталкиваются с такими стереотипами, что труд, связанный с вынашиванием, кормлением и воспитанием ребенка, не воспринимается как полноценный труд на протяжении всего времени. Многие женщины боятся стать «балластом» в обществе и семье, считая, что во время беременности, а в последующем при уходе за новорожденным ребенком они беспомощны и зависят от мужа или других членов семьи. Также большинство женщин думает, что во время материнства они теряют привлекательность для своего мужа в качестве сексуального и социального парт-нера [4]. Совокупность всех этих факторов заставляет женщин всё время откладывать планирование и рождение ребенка, что в будущем приводит к беременности в позднем репродуктивном возрасте. Таким образом, рост числа первых беременностей у женщин старше 35–40 лет — скорее результат социальных изменений и достижений медицины, нежели эволюционный феномен [5].

Женщины позднего фертильного возраста относятся к группе повышенного риска в отношении акушерско-гинекологической патологии. Они продолжают участвовать в процессе репродукции, хотя показатели плодovitости у них существенно снижаются. Надо учитывать и то обстоятельство, что среди женщин позднего фертильного возраста велик удельный вес первородящих, страдавших в анамнезе гинекологическими заболеваниями, невынашиванием беременности, первичным или вторичным бесплодием. Среди

беременных и родивших в возрасте старше 35 лет преобладают женщины, поздно вступившие в первый брак, вступившие в повторный брак, а также одинокие лица, решившие создать неполную семью [6]. Исходя из этого, можно заключить, что поздние роды являются как медицинской, так и социальной проблемой.

Благополучное течение беременности наблюдается лишь у 5% 40-летних женщин. Как уже указывалось, с возрастом фиксируется уменьшение репродуктивного потенциала женщин в результате старения яичников и снижения качества и количества ооцитов в них. Однако такое старение не влияет на способность яйцеклеток к зачатию, но, в сравнении с молодыми женщинами, частота имплантаций ниже, а число самоабортирования выше [7, 8]. К тому же с возрастом увеличивается и количество яйцеклеток с хромосомными аномалиями, что может быть связано с их перезреванием, задержками овуляционного процесса. Доказано, что вероятность риска рождения ребенка с синдромом Дауна и прочими хромосомными поломками существенно повышается пропорционально возрасту матери. Кроме того, с возрастом матери растет вероятность анеуплоидных яйцеклеток до 50% и более, что патофизиологически связывают со снижением концентрации когезина, в результате чего может нарушиться стабилизация хиазм и удержание сестринских центромер в яйцеклетках. Еще одной причиной может стать рост ошибок разделения хромосом и, как следствие, увеличение количества яйцеклеток с неправильным генетическим набором. Стоит обратить внимание и на то, что бесплодие увеличивается с 10% в возрасте 34 лет до более 85% к 44 годам, а результаты экстракорпорального оплодотворения

у женщин в возрасте 45 лет и старше, использующих аутологичные ооциты, неутешительные, с общим показателем родов 3% [9–11]. Вместе с тем стоит отметить, что женщины старше 40 лет, которые никогда не были беременны, имеют вдвое меньшую вероятность забеременеть по сравнению с женщинами той же возрастной группы, у которых уже есть дети [12].

После 40 лет резко возрастает риск материнской смертности: в возрасте 40–49 лет он в 4 раза выше, чем в 20–29 лет. Показатель перинатальной смертности удваивается при увеличении возраста матери в 2 раза. По данным выборочных исследований, здоровье женщин позднего репродуктивного возраста и перименопаузы значительно нарушено предыдущим периодом и современными условиями жизни [11–13]. Популяционное исследование в США в 2011–2015 годах продемонстрировало четкую связь: с увеличением возраста матери растет риск развития осложнений беременности и ее исходов (гестационный сахарный диабет, гестационная артериальная гипертензия, спонтанные преждевременные роды до 34 недель, родоразрешение кесаревым сечением и др.). По данным исследования К. Yoshioka-Maeda и соавт., в старшей возрастной группе чаще встречались артериальная гипертензия (12,0 против 4,3% у женщин в возрасте ≤ 29 лет и 6,1% у женщин в возрасте 30–34 лет), преждевременные роды (8,7 против 4,5% у женщин в возрасте ≤ 29 лет и 5,2% у женщин в возрасте 30–34 лет) [14]. Таким образом, возрастные первородящие имеют больший риск развития осложнений гестации и родов, что определено высокой частотой экстрагенитальной и гинекологической патологией в данной возрастной группе [15].

Помимо прочего, возраст женщины является определяющим фактором функциональной активности эндокринной системы. У женщин позднего репродуктивного возраста имеются значительные отличия в содержании прогестерона, эстрадиола, плацентарного лактогена, человеческого хорионического гонадотропина, пролактина, кортизола,

которые в большей степени выражены в ранние сроки гестации и выполняют важные функции [16].

В I триместре беременности у женщин позднего репродуктивного возраста может отмечаться патологическое формирование фетоплацентарного комплекса, что связано с повышением периферического сопротивления в маточных артериях и снижением показателей объемного кровотока, что в последующем проявляется нарушениями в системе кровообращения мать — плацента — плод во II и III триместрах беременности [17]. Формирование фетоплацентарной недостаточности у беременных позднего репродуктивного возраста может привести к развитию преэклампсии, задержке роста плода, вплоть до его антенатальной гибели [18]. При нарушении микроциркуляции и констрикции сосудов, питающих плаценту, повышается риск ее отслойки, что может привести к нарушению поступления питательных веществ к плоду и гипоксии. Нарушение плацентарной гемодинамики приводит к разрастанию соединительной ткани, гиперплазии плаценты и кровоизлиянию в ткань плаценты. При гипоксии плаценты и плода повышается риск преждевременных родов [11]. Кроме перечисленных отклонений, у этого контингента женщин повышен риск аномалий родовой деятельности. По данным литературы, их число у первородящих старше 30 лет выше, чем среди молодых женщин (первичной слабости в 1,7–2,5 раза, вторичной слабости — в 1,5–3 раза, дискоординация родовой деятельности — в 4 раза). Частота стремительных родов у женщин до 30 лет составляет 6,0%, старше 30 лет — 8,4%. В 54,5% наблюдений стремительные роды осложняются травмами родовых путей [19]. Частота рождения детей с очень низкой массой тела (< 1500 г) у женщин в возрасте 35–40 лет была в 1,9 раза выше, чем у женщин в возрасте 20–24 лет, а риски преждевременных родов < 32 недель и в 33–36 недель были выше в 1,7 и 1,2 раза соответственно [20]. К тому же у женщин позднего репродуктивного возраста в 2 раза чаще рождаются дети в состоянии асфиксии и у них в 1,5 раза чаще отмечаются высокие

показатели неврологических нарушений, наблюдается более сложная постнатальная адаптация и чаще выявляется патология перинатального периода [21].

В связи с осложненным течением беременности и родов у женщин старше 35 лет частота оперативного родоразрешения превышает среднестатистические показатели в 5–6 раз. Повышение количества кесарева сечения у возрастных первородящих приводит в ряде случаев к осложнениям послеродового периода, связанным с соматической патологией женщин и осложненным течением беременности [22]. Увеличение числа оперативного родоразрешения у них связано с возрастными изменениями органов репродуктивной системы, к которым относят снижение функциональной способности миометрия, в результате уменьшения «щелевых контактов» миометрия и миометриальных окситоциновых рецепторов, что впоследствии отрицательно сказывается на эффективности родовой деятельности. Также возможно снижение маточного кровотока с увеличением маточно-плацентарного кровотока в позднем репродуктивном периоде, что увеличивает риск кровотечения. Патоморфологические особенности строения плаценты (васкулопатии из-за склеротических поражений в артериях миометрия) у этой возрастной группы женщин способствуют увеличению риска задержки плаценты [23]. Вагинальные роды имеют высокую вероятность разрывов шейки матки и промежности, поскольку с возрастом снижается синтез коллагена и, как следствие, снижение упругости, эластичности и регенеративной способности ткани. Изменение тканевой архитектоники и функции миометрия матки может привести к массивной потере крови и повлечь тромбозомболические события (например, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови) в послеродовом периоде. После вагинальных родов возможно более медленное восстановление фасциально-мышечного комплекса тазового дна, а в дальнейшем — проблемы с недержанием мочи и сексуальной дисфункцией [11, 24].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, женщины в позднем репродуктивном возрасте представляют медико-социальную проблему. При желании забеременеть и родить ребенка им следует заранее планировать эти события, учитывая, что они относятся к группе пациенток с высоким риском пери-

натальных осложнений, таких как выкидыши, наличие сопутствующей патологии, инвалидизация, ухудшение качества жизни, а также материнская и перинатальная заболеваемость и смертность [25]. Иначе говоря, беременность в этой возрастной группе воспринимается как период дополнительного риска, что требует своевременной профилак-

тики и коррекции осложнений, рациональной тактики родоразрешения и позволит улучшить перинатальные показатели у них и родить здорового ребенка [26, 27].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Носкова О. В., Чурилов А. В., Былым Г. В. [и др.] Особенности репродуктивной мотивации и эмоционального состояния беременных женщин // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2024. Т. 96, № 1. С. 40–44.
2. Серова О. Ф., Седая Л. В., Шутикова Н. В. Исходы беременности у женщин в старшем репродуктивном возрасте // *Доктор.Ру*. 2020. Т. 19, № 1. С. 12–15.
3. Ишбулдина А. А. Роль индивидуально-психологических особенностей в возникновении физиологической и осложненной беременности (обзор современных исследований) // *Вестник магистратуры*. 2021. Т. 121, № 10–2. С. 97–98.
4. Родштейн М. Н., Рулина Т. К. Гендерный конструкционизм в кризисном обществе: трансформация социальных ролей // *Грани познания*. 2010. Т. 7, № 2. С. 73–75.
5. Подзолкова Н. М., Назарова С. В., Доскин В. А. [и др.] Беременность и роды у женщин старше 40 лет — объективная реальность современного акушерства // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2011. Т. 1, № 10. С. 44–50.
6. Киселев А. М. Медико-социальная характеристика репродуктивного поведения женщин позднего фертильного возраста // *Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова*. 2010. № 2. С. 41–47.
7. Мешвелиани Г. Р., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Психологическое здоровье женщины в период беременности // *Главный врач Юга России*. 2023. Т. 87, № 1. С. 37–40.
8. Baird D. T., Collins J., Egozcue J., et al. Fertility and ageing // *Hum Reprod Update*. 2005. V. 11, N. 3. P. 261–276.
9. Saccone G., Gragnano E., Iardi B., et al. Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis // *Int J Gynaecol Obstet*. 2022. V. 159, N. 1. P. 43–55.
10. Елгина С. И., Овчарова П. А., Шибельгют Н. М. [и др.] Течение беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2023. Т. 95, № 4. С. 46–51.
11. Коптякова Е. А., Байматова Ш. А., Попугайло М. В. Беременность в период угасания репродуктивной функции женщины // *Тенденции развития науки и образования*. 2024. № 110–11. С. 102–108.
12. Steiner A. Z., Jukic A. M. Impact of female age and nulligravidity on fecundity in an older reproductive age cohort // *Fertil Steril*. 2016. V. 105, N. 6. P. 1584–1588.e1.
13. Скорород А. П., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А. Особенности личностной трансформации в послеродовом периоде // *Главный врач Юга России*. 2023. Т. 87, № 1. С. 44–47.
14. Yoshioka-Maeda K., Ota E., Ganchimeg T., et al. Caesarean section by maternal age group among singleton deliveries and primiparous Japanese women: A secondary analysis of the WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. // *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016. V. 16. P. 1. DOI: 10.1186/s12884-016-0830-2.
15. Беликова Е. В., Авдеева Н. А. К вопросу о влиянии возраста первородящей на течение беременности // *Научный медицинский вестник*. 2016. Т. 5, № 3. С. 24–27.
16. Камилова Н. М.-Н., Сафарова Р. Б., Султанова И. А. Особенности гормонального профиля у беременных старшего репродуктивного возраста // *European journal of biomedical and life sciences*. 2018. № 4. С. 20–25.
17. Друккер Н. А., Палиева Н. В., Лебеденко А. А. [и др.]. Участие кахектина и аннексина V в формировании фетоплацентарной недостаточности и инициации преждевременных родов // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2022. Т. 21, № 3. С. 70–74.
18. Погорелова Т. Н., Михельсон А. А., Гунько В. О. [и др.]. Изменение продукции транскрипционных факторов и постгеномная модификация белков при различных осложнениях беременности // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2022. Т. 22, № 4. С. 13–18. DOI: 10.17116/rosakush20222204113.
19. Баев О. Р., Белоусова В. С. Аномалии родовой деятельности у первородящих женщин старше 30 лет // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2005. Т. 4, № 1. С. 5–10.
20. Attali E., Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021. V. 70. P. 2–9.
21. Омарова Х. М., Омарова Р. Г., Герейханова Э. Г. [и др.]. Оценка состояния новорожденных от женщин позднего репродуктивного периода // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2021. Т. 3, № 66. С. 128–133.
22. Машрапова А. А., Ураимова Э. Д. Рациональный подход к родоразрешению возрастных первородящих женщин // *Бюллетень науки и практики*. 2022. Т. 11, № 8. С. 290–296.
23. Ratiu D., Sauter F., Gilman E., et al. Impact of advanced maternal age on maternal and neonatal outcomes // *In Vivo*. 2023. V. 37, N. 4. P. 1694–1702.
24. Петров Ю. А., Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Шпакова В. Е. Психологические и сексологические нюансы у женщин детородного возраста с недержанием мочи // *Главный врач Юга России*. 2023. Т. 90, № 4. С. 37–41.
25. Чеботарева Ю. Ю., Овсянников В. Г., Хутиева М. Я. Патфизиологические особенности течения беременности и родов в позднем репродуктивном периоде (обзор литературы) // *Медицинский вестник Юга России*. 2013. № 3. С. 20–23.
26. Палиева Н. В., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Чернавский В. В. Психологические особенности и состояние здоровья беременных женщин, угрожаемых по выкидышам и преждевременным родам // *Главный врач Юга России*. 2023. Т. 88, № 2. С. 34–38.
27. Алиева А. Д., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров Ю. А. Психологическая диагностика готовности женщины к родам // *Главный врач Юга России*. 2023. Т. 88, № 2. С. 38–43.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия
 Петров Юрий Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2; e-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2348-8809.
 Палиева Наталья Викторовна — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2; e-mail: nat-palieva@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-2278-5198.
 Друккер Нина Александровна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник; e-mail: n.drukker@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-1605-6354.
 Ломакова Мария Алексеевна — соискатель кафедры акушерства и гинекологии № 2; e-mail: ordmag35@rostgmu.ru.

ПРАВИЛА НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ В РЕДАКЦИЮ ЖУРНАЛА «ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»

1. Направляемая для публикации статья должна содержать только оригинальный материал (не менее 70% уникального текста, подтверждается справкой с сайта «Антиплагиат» <https://www.antiplagiat.ru/private>), отражающий результаты исследований автора, не опубликованный ранее и не направленный для рассмотрения в другие издания.

2. Автор гарантирует правильность всех сведений о себе, отсутствие плагиата, надлежащее оформление всех заимствований текста, таблиц, схем, иллюстраций. Плагиат может быть нарушением авторско-правового и патентного законодательства, в качестве такового может повлечь за собой юридическую ответственность автора.

3. Автор гарантирует наличие у него исключительных прав на использование переданной редакции статьи. В случае нарушения данной гарантии и предъявления в связи с этим претензий к редакции автор самостоятельно и за свой счет обязуется урегулировать все претензии. Редакция не несет ответственности перед третьими лицами за нарушение данных автором гарантий.

4. При обращении в редакцию с целью опубликования научной статьи автором должны быть представлены:

4.1. Авторский оригинал статьи в электронном виде. Научная статья имеет четкую структуру и, как правило, состоит из следующих частей: название (заголовок); аннотация (отражает основное содержание работы, раскрывает актуальность и новизну исследуемой темы; рекомендуемый объем аннотации — 500—1000 печатных знаков); ключевые слова (5—6 терминов, отражающих специфику темы, объект и результаты исследования); введение; обзор литературы; основная часть (методология, результаты); выводы и дальнейшие перспективы исследования; список использованной литературы.

4.2. Оформление статьи: форматы doc, docx, html и xml; шрифт Times New Roman Cyr 12 пт; полуторный межстрочный интервал; без переносов в словах. В верхнем левом углу листа проставляется УДК (с помощью интернет-ресурса <http://teacode.com/online/udc/>). В тексте статьи должны содержаться ссылки на источники информации, обозначенные числами, заключенными в квадратные скобки; нумерация последовательная, по мере упоминания в тексте. Если ссылка на источник информации в статье упоминается неоднократно, то повторно в квадратных скобках указывается его номер из списка. В случае, когда ссылаются на различные материалы из одного источника, в квадратных скобках указывают еще и номера страниц. Ниже основного текста печатается заглавие «Список литературы» и помещается пронумерованный вручную (автономная нумерация недопустима) перечень источников в порядке ссылок по тексту (для оригинальной статьи — 5—15 источников, для научного обзора — до 50 источников) в соответствии

с действующими требованиями редакции к библиографическому описанию. Список литературы должен минимум на 70% состоять из работ, опубликованных за последние 10 лет, самоцитирование допустимо до 30%. В одном пункте перечня следует указывать только один источник информации. В список литературы не включаются источники, наличие которых невозможно проверить (материалы локальных конференций, сборники статей, методические рекомендации и др., не размещенные в сети интернет в свободном доступе). В конце библиографической ссылки на источник указывается DOI (при наличии).

4.3. Иллюстративные материалы высылаются отдельными файлами в форматах tif, jpg. Название рисунка ставится непосредственно под ним и не должно включаться в формат рисунка, в подписи под рисунком дается объяснение всех его элементов. Все диаграммы и схемы, включенные в текст статьи, также должны быть представлены отдельными файлами в тех форматах, в которых они были созданы.

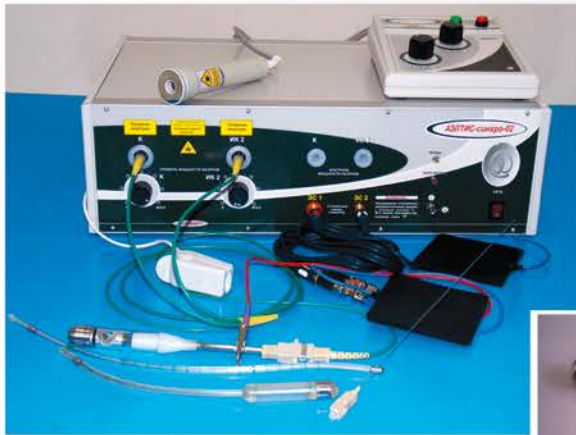
4.4. Статья может содержать таблицы и черно-белые схемы, выполненные в редакторе Word (Windows). Применение объектов WordArt в схемах не рекомендуется. Ко всем иллюстративным и табличным материалам автором предоставляются подписи, которые включаются в файл с авторским текстом. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы. Каждая таблица снабжается заголовком и вставляется в текст после абзаца с первой ссылкой на нее. Таблицы предоставляются в редактируемом формате.

4.5. На последней странице статьи помещается авторская справка в формате doc, docx, содержащая следующие сведения об авторах: фамилию, имя, отчество (полностью), ученую степень, ученое звание, должность, место работы (полное название, город), номер телефона (не публикуется), электронную почту. Отдельно необходимо указать контактный телефон и адрес электронной почты для оперативной связи. Если авторов несколько, следует указать, с кем из них вести переписку.

4.6. Материалы на английском языке — информация об авторах, название статьи, аннотация, ключевые слова.

4.7. Сопроводительное письмо, подписанное совместно всеми авторами либо от каждого автора отдельно (скан или фото), в котором обосновывается целесообразность опубликования данной статьи, с указанием тематики в соответствии с действующей номенклатурой научных специальностей (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 25.02.2009 №59); аспиранты предоставляют на статью отзыв научного руководителя или рекомендацию доктора наук соответствующей специальности.

АЭЛТИС-синхро-02 «Яровит»



Виды электродов для электростимуляции



Электролазерный электрод, применяемый с презервативом



АМВЛ-01 «Яровит»



На фото - муляж



АЭЛТИС-синхро-02 «Яровит»

- многочастотная объёмная электрическая стимуляция мышц малого таза по двум независимым каналам. Воздействующие электрические токи: СМТ, нейроподобные, гальванические, биполярные.
 - 4 вида лазера: синий, красный, два диапазона инфракрасного лазера, включая мощный ИК2-лазер (до 500 мВт), с комплектом оптических внутриполостных насадок.
 - магнитная зеркальная насадка 50 мТл на накожный излучатель ИК1-лазера.
- Виды воздействия синхронизированы по пульсовой волне кровотока в области предстательной железы с применением датчика пульса.

АМВЛ-01 «Яровит»

- автоматически регулируемое разрежение воздуха в колбе в виде пневмоимпульсов различной длительности и разрежения (от -0,15 до -0,4 кгс/кв.см) по разработанным программам;
- излучение красного (0,65 мкм) диапазона светодиодной матрицы, помещённой на колбу (плотность мощности светового излучения - не менее 3 мВт/кв.см);
- в компьютерную программу интегрированы аудио - и фотоматериалы эротического характера, а также - аппаратная голосовая поддержка действий врача



выносной пульт управления

Два аппарата с управлением от одного компьютера

Урофлоуметр УФМ-01 «Яровит»

ПРЕДНАЗНАЧЕН

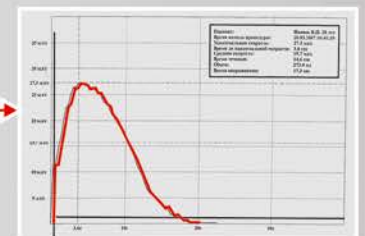
для измерения и регистрации параметров мочеиспускания: объёма, максимальной и средней скоростей, времени до максимальной скорости, времени течения, времени опорожнения



В комплекте поставки - сменные картонные и пластмассовые воронки

Для мужчин и женщин

Для мужчин



Распечатка урофлоуграммы

- удобство и простота пользования;
- печать графика и результатов измерения в формате А4, А5;
- точность измерения объёма (не хуже) 0,1мл;
- возможность совмещения на экране всех графиков пациента в течение курса лечения;
- работа в представленной комплектации или в составе аппаратно-программного комплекса «Яровит» (т.е. с аппаратами АЭЛТИС-синхро-02 «Яровит» и АМВЛ-01 «Яровит»)





отпуск без рецепта

ГРИППФЕРОН®

КАПЛИ И СПРЕЙ НАЗАЛЬНЫЕ
интерферон альфа-2b
человеческий рекомбинантный

- Экстренная профилактика и лечение ОРВИ и гриппа у детей с рождения и взрослых, включая беременных
- Интраназальное применение рекомбинантного интерферона альфа-2b рекомендовано Минздравом России для экстренной профилактики и лечения ОРВИ (в т.ч. коронавирусной инфекции COVID-19) и гриппа у взрослых и детей



Пер. уд. Р. N 000089/01
Пер. уд. ЛП-001503



отпуск без рецепта

ГРИППФЕРОН® с лоратадином

МАЗЬ НАЗАЛЬНАЯ
интерферон альфа-2b + лоратадин

- Профилактика и лечение гриппа и респираторных вирусных инфекций у взрослых, в том числе и с аллергическим ринитом

Пер. уд. ЛП-002425



отпуск без рецепта

ОФТАЛЬМОФЕРОН®

КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ
интерферон альфа-2b + дифенгидрамин

- Лечение герпетических и аденовирусных инфекций глаз (конъюнктивитов, кератитов, увеитов)
- Лечение и профилактика осложнений после хирургических вмешательств на роговице
- Лечение синдрома сухого глаза

Пер. уд. Р. N 002902/01



отпуск без рецепта

АЛЛЕРГОФЕРОН®

ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
интерферон альфа-2b + лоратадин

- Лечение сезонного и круглогодичного аллергического ринита и конъюнктивита



НОВЫЙ ПОДХОД
К ЛЕЧЕНИЮ
АЛЛЕРГИИ!

Пер. уд. ЛП-000656



отпуск без рецепта

ГЕРПФЕРОН®

МАЗЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
интерферон альфа-2b + ацикловир + лидокаин

- Лечение первичных и рецидивирующих герпетических поражений кожи и слизистых оболочек
- Лечение генитального и опоясывающего герпеса
- Снижение зуда и болевых ощущений

Пер. уд. Р. N 003324/01



отпуск по рецепту

МИКОФЕРОН®

ГЕЛЬ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
интерферон альфа-2b + тербинафин
+ метронидазол

- Лечение грибковых инфекций кожи, в том числе микозов стоп и грибковых поражений гладкой кожи тела, вызванных дерматофитами



Пер. уд. ЛП-004377