

НОВОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ. ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ, ВЫПУСК 8



© И.И. Бармина*

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии имени академика И.И. Дедова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

В представленном выпуске новостей репродуктивной медицины представлены актуальные исследования и данные обзоров и метаанализов по изучению и инновационным методикам лечения заболеваний репродуктивной системы, изложенные в ведущих международных периодических изданиях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: антимюллеров гормон; склеротерапия эндометриом; материнская смертность; управление медицинскими ошибками.

REPRODUCTIVE MEDICINE NEWS. DIGEST OF PUBLICATIONS, ISSUE 8

© Irina I. Barmina*

Federal State Budgetary Institution «I.I. Dedov National Medical Research Center of Endocrinology» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

This issue of reproductive medicine news presents current research and data from reviews and meta-analyses on the study and innovative methods of treating diseases of the reproductive system, presented in leading international periodicals.

KEYWORDS: anti-muller hormone; endometrioma sclerotherapy; maternal mortality; medical error management practices.

РАЗДЕЛ 1.

Управление ошибками в медицинских центрах вспомогательных репродуктивных технологий

Медицинские центры, занимающиеся вспомогательными репродуктивными технологиями (ВРТ), сталкиваются с высокой степенью сложности процессов и рисков ошибок, возникающих как в стенах лабораторий, так и в клинической практике. Несмотря на строгий контроль качества и наличие протоколов безопасности, ошибка остается неизбежностью даже в лучших клиниках. Вопрос правильного управления такими ситуациями становится ключевым аспектом повышения уровня доверия пациентов и поддержания стандартов медицинской практики.

Недавнее исследование, проведенное группой специалистов Европейского общества человеческой репродукции и эмбриологии (ESHRE), проливает свет на разнообразие подходов центров к управлению ошибками, включая системы отчетности, коммуникации внутри команды и информирование пациентов о произошедших инцидентах [1]. Исследование основывалось на опросе сотрудников различных центров, охватившем глобальное сообщество профессионалов ВРТ через список рассылки членов ESHRE.

Онлайн-опрос был разработан с использованием онлайн-инструмента SurveyMonkey и состоял из 17 вопросов по трем областям: управление ошибками в центре ВРТ, отчетность в национальные комитеты и раскрытие информации о несоответствиях пациентам. В ходе иссле-

дования было получено 464 ответа. После исключения недействительных данных итоговая выборка составила 387 респондентов.

Большинство участников (71,6%) подтвердили наличие систематических лабораторных и клинических несоответствий, которые в основном выявляются с использованием цифровых технологий. Ошибки фиксируются в зависимости от их значимости, включая потенциально опасные нарушения.

При обсуждении инцидентов 85,8% центров сообщают о регулярных встречах для их рассмотрения. Однако практика информирования Национальных комитетов по аккредитации и пациентов значительно различается. Только 15,1% респондентов сообщили о всех типах инцидентов в Комитеты, тогда как 65,6% предоставили информацию только о крупных несоответствиях.

Большинство центров (52%) регулярно информируют пациентов о возникших несоответствиях, что свидетельствует о стремлении к прозрачности в оказании медицинской помощи. Однако 11,7% участников указали на отсутствие информирования пациентов, что свидетельствует о пробелах в коммуникационной политике некоторых организаций.

Была представлена систематизация ошибок в зависимости от звена, ответственного за конкретную процедуру. Представленные далее результаты иллюстрируют различные типы ошибок, зафиксированных в лабораториях, клинических отделениях и отделении медсестер/младших акушерок в центрах вспомогательных репродуктивных технологий.

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.



1. Типы зарегистрированных лабораторных ошибок

- ✓ Ошибки оборудования (например, выход из строя приборов) зарегистрированы почти всеми респондентами (89,8%).
- ✓ Операторы допускают ошибки при работе с оборудованием (неправильное обращение с чашками Петри, повреждение образцов, неправильное использование устройств и маркировка пробирок), которые составляют значительную долю (87,9%).
- ✓ Нарушения процедур лаборатории (несоблюдение стандартных операционных процедур, потеря или неверная обработка образцов) встречаются часто (75,4%).
- ✓ Ошибки ввода данных регистрируются реже, но все равно довольно распространены (61,4%).
- ✓ Другие ошибки, такие как нарушения конфиденциальности и незначительные отклонения от стандартов, встречаются значительно реже (всего 8,0%).

Этот набор показателей свидетельствует о том, что большая часть лабораторий осознает необходимость регистрации основных видов ошибок, связанных с оборудованием и действиями операторов, однако практика отслеживания нарушений в процедурах и вводе данных требует большего внимания.

2. Типы зафиксированных врачебных ошибок

- ✓ Процедура лечения, определенная местными медицинскими властями (включая ошибки в овариальной стимуляции, заборе яйцеклеток и переносе эмбрионов), фиксируется большинством клиник (77,7%).
- ✓ Ошибки гормонального лечения, определяемые местным медицинским органом, также широко представлены (62,0%).
- ✓ Коммуникационные ошибки с пациентами (переписка, телефонные звонки, письма и календарные ошибки) достаточно распространены (66,5%).
- ✓ Информация, предоставляемая пациентам, и базовая диагностика отмечены менее распространенными проблемами (около половины врачей указывают на подобные случаи).

Эти данные подтверждают, что значительная часть ошибок связана именно с техническими аспектами процедур и коммуникационными вопросами, что подчеркивает важность тщательного контроля исполнения и обсуждения инцидентов внутри клиники.

3. Типы зафиксированных ошибок медсестер и младших акушеров (наряду с врачами медперсонал сталкивается с собственными видами ошибок):

- ✓ Наиболее частыми считаются ошибки в предоставлении информации пациентам по использованию препаратов (таких как преднаполненные ручки-инъекторы) — эта проблема встречается практически повсеместно (70,6%).
- ✓ Более трети работников отметили ошибки в проведении базовых измерений (вес, рост, индекс массы тела), что связано с рутинными процедурами, подверженными человеческому фактору.
- ✓ Треть отмечают проблемы с языковой адаптацией, особенно в отношении пациентов, не говорящих на официальном языке страны.

- ✓ Часто возникают ошибки, связанные с коммуникацией (письма, звонки, записи), отраженные более чем половиной респондентов (78,4%).

Это отражает тот факт, что медсестры и младшие акушеры регулярно взаимодействуют с пациентами и обеспечивают первичную диагностику, что делает риск возникновения ошибок значимым фактором повседневной деятельности.

Результаты исследования могут не отражать реальную ситуацию во всех центрах ЭКО, так как выборка может быть смещена в сторону практик, характерных для стран с более высоким уровнем участия респондентов (например, Испания, Великобритания, Италия). Также нельзя исключать вероятность получения нескольких ответов от одного и того же центра. Несмотря на анонимность опроса, участники склонны давать ответы, которые считают социально приемлемыми.

Исследование выявило ряд ключевых моментов относительно текущих практик управления ошибками в центрах ВРТ.

1. Регистрация ошибок: большинство опрошенных центров систематически фиксируют клинические и лабораторные ошибки, преимущественно используя цифровые платформы. Однако отдельные учреждения не ведут учет ошибок ввиду отсутствия необходимых инструментов либо законодательных требований.
2. Обсуждение инцидентов: регулярные встречи по обсуждению случаев являются основным инструментом анализа происшествий — около 86% респондентов указали на регулярность таких встреч.
3. Риск-менеджмент: многие центры применяют инструменты оценки риска, такие как анализ режимов отказов и последствий и корневой причины, однако лишь четверть учреждений используют электронную коммуникацию для распространения информации среди персонала.
4. Сообщение пациентам: почти половина участников опроса сообщили, что центр всегда уведомляет пациента о случившихся инцидентах, подчеркивая важность прозрачности и этического подхода к пациенту.
5. Ответность перед компетентными органами: лишь небольшая доля центров сообщает обо всех видах ошибок регуляторным органам, большинство же ограничивается крупными случаями, что подчеркивает необходимость улучшения системы отчетности.

Эти данные свидетельствуют о значительных различиях в подходах к решению проблемы ошибок между центрами и странами, подчеркивая отсутствие стандартизации в подходе к классификации и обработке ошибок.

Рекомендации по улучшению практики управления ошибками. Основываясь на результатах исследования, специалисты предложили следующие практические шаги для совершенствования методов обработки ошибок в центрах ВРТ.

- ✓ Создание специализированных команд или назначение лиц, ответственных за обработку инцидентов.
- ✓ Организация регулярных совещаний по разбору ошибок и выработке стратегий предотвращения повторений.
- ✓ Разработка учебных курсов для руководства центров, посвященных важности идентификации и раскрытия ошибок.

- ✓ Применение симуляционного обучения для критических этапов лечения.
- ✓ Обучение методикам эффективного общения с пациентами в ситуациях ошибок.
- ✓ Стандарты публичного раскрытия политики уведомления пациентов об ошибках.
- ✓ Установление минимальных нормативов для обязательной отчетности об ошибках, обеспечиваемых государственными регуляторами.

Кроме того, предлагается создать базу знаний и опыта, основанную на реальных случаях, для дальнейшего изучения и обмена информацией между медицинскими центрами.

Таким образом, несмотря на высокий уровень внимания к вопросам безопасности в области репродуктивных технологий, многие аспекты остаются недостаточно урегулированными. Результаты проведенного исследования показывают потребность в усилении мер по повышению культуры безопасности, обучению персонала эффективному раскрытию ошибок и внедрению универсальных критериев отчетности и классификаций инцидентов. Эти меры позволят повысить доверие пациентов, снизить риски юридических споров и укрепить общую безопасность медицинского обслуживания в сфере репродуктивного здоровья.

Внедрение рекомендаций, предложенных специалистами ESHRE, станет важным шагом вперед для развития безопасного и прозрачного предоставления услуг в области ВРТ.

РАЗДЕЛ 2.

Научно обоснованное понимание теста на АМГ помогает избежать лишних обследований и способствует осознанному подходу к вопросам фертильности

Исследователи из Австралии решили проанализировать, в какой степени различная подача информации о значимости анализа на антимюллеров гормон (АМГ) влияет на заинтересованность женщин в его исследовании. Поводом для этого стал тренд к проведению данного обследования без назначения врача для гипотетической оценки уровня фертильности [2].

Авторы инициировали исследование, результаты которого опубликованы в журнале *Human Reproduction*, из-за большого количества вводящей в заблуждение и неверной информации, продвигаемой среди женщин о тесте на АМГ на веб-сайтах, в том числе на веб-сайтах клиник по лечению бесплодия, и в социальных сетях. АМГ, как считается, дает представление о количестве яйцеклеток, имеющих в яичниках взрослых женщин, но не о качестве этих яйцеклеток. Тест может быть полезен при лечении бесплодия, поскольку показывает приблизительное количество яйцеклеток, которые могут быть получены для экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) или замораживания яйцеклеток, но он не может надежно предсказать шансы на зачатие или конкретный возраст менопаузы для отдельных женщин. По этой причине Американский колледж акушеров и гинекологов настоятельно не рекомендует проводить тестирование на АМГ женщинам, не обращающимся за лечением

бесплодия. Тем не менее доктор Тесса Копп, научный сотрудник Школы общественного здравоохранения Университета Сиднея, Австралия, и другие исследователи обнаружили, что тест на АМГ все чаще пропагандируется как способ для женщин узнать о своей фертильности и о том, когда у них будет менопауза.

Доктор Копп сказала: «Компании, в том числе некоторые аккредитованные клиники по лечению бесплодия, в настоящее время продают тест напрямую потребителям, ложно обещая женщинам подробную информацию об их потенциале фертильности. Мы провели это исследование из-за множества ложной и вводящей в заблуждение рекламы от онлайн-компаний и в социальных сетях, а также из-за того, что слышали о друзьях, которые были протестированы по неподобающим причинам, думая, что это был тест на их фертильность, и которые затем внесли значительные изменения в жизнь на основе результатов теста» [3].

Онлайн-исследование проводилось в Австралии и Нидерландах с ноября по декабрь 2022 года. Женщины были рандомизированы для получения одной из двух информационных брошюр о тесте АМГ: 1) брошюра, основанная на фактических данных, которая была разработана совместно с женщинами, врачами общей практики, гинекологами и многопрофильной командой, проводящей исследование; или 2) брошюра, содержащая контент с существующего веб-сайта, рекламирующего тест непосредственно потребителям в Австралии (контрольная группа исследования). Брошюры были доступны на английском и голландском языках.

Вокончательный анализ было включено в общей сложности 967 женщин. Участницами были женщины в возрасте от 25 до 40 лет, никогда не рожавшие, не беременные в настоящее время, но желающие иметь ребенка сейчас или в будущем, и никогда не проходившие тест на АМГ.

После того, как женщины были отобраны для участия в исследовании и рандомизированы для просмотра либо доказательной информации, либо контрольной информации, исследователи попросили их заполнить анкету, в которой спрашивали женщин об их заинтересованности в прохождении теста на АМГ. Они также спросили их о намерении обсудить тест со своим врачом, о намерении пройти тест, о знаниях, эмоциональной реакции на информацию, беспокойстве, ожидаемой психологической реакции на проведение теста на АМГ, ожидаемом влиянии на планирование семьи и их удовлетворенности информацией.

Исследователи обнаружили, что те, кто получил информацию, основанную на фактических данных, проявили меньший интерес к прохождению теста на АМГ. Согласно результатам исследования, женщины, ознакомившиеся с научно обоснованной информацией о тесте на АМГ, имели меньший интерес к прохождению теста на АМГ (РС=1,05, 95% ДИ=0,83–1,30), менее позитивное отношение к тесту (РС=1,29, 95% ДИ=4,57–5,70) и более высокие знания о тесте, чем женщины, просмотревшие контрольную информацию (РС=0,75, 95% ДИ=0,71–0,82).

Несмотря на то, что предыдущие исследования показали, что женщины с энтузиазмом относятся к тестированию на АМГ, чтобы узнать о своем потенциале фертильности, было продемонстрировано, что этот энтузиазм не сохраняется, когда они осведомлены

об ограничениях теста. Женщины, которые рассматривали информацию, основанную на фактических данных, имели более точное представление о том, что может сказать им тест. Они также считали его менее ценным тестом и были менее заинтересованы в его обсуждении со своим врачом или прохождении обследования по сравнению с контрольной группой.

«Эти результаты показывают, что когда женщины могут принять обоснованное решение с помощью предоставленной научно обоснованной информации, они не заинтересованы в прохождении теста на АМГ. Это контрастирует с предыдущими исследованиями, показывающими, что женщины заинтересованы в тестировании, когда они не осведомлены об ограничениях теста. Это иллюстрирует важность обеспечения того, чтобы женщины были полностью информированы о том, что может и чего не может сделать тест», — отметила доктор Копп. Исследователи планируют как можно шире распространить научно обоснованную информацию среди клиник, врачей, компаний и других организаций, а также через социальные сети. «Мы надеемся, что совместно разработанная, основанная на фактических данных информация, разработанная в этом исследовании, поможет как врачам, так и пациентам сориентироваться в том, для кого и при каких обстоятельствах тест полезен», — сказала она. — Мы были обеспокоены тем, что женщины в контрольной группе считали вводящую в заблуждение информацию достоверной и сбалансированной». По мнению исследователей, регулирующие органы должны лучше работать над обеспечением прозрачности клиник и предоставлением точной информации, а также принимать меры против любых сторон, распространяющих ложную и вводящую в заблуждение информацию. Онлайн-информация о тестировании АМГ часто содержит необоснованные утверждения о его способности предсказывать фертильность и зачатие, и данные свидетельствуют о том, что женщины ошибочно проходят и рекомендуют тест на АМГ в качестве меры оценки их фертильного потенциала.

РАЗДЕЛ 3.

Глобальные и региональные причины материнской смертности в 2009–2020 гг.: систематический анализ ВОЗ

Анализ факторов материнской смертности является ключевой задачей здравоохранения, поскольку показатель глобальной материнской смертности остается далек от целей устойчивого развития ООН, установленных на уровне ниже 70 смертей на каждые 100 тысяч живорождений к 2030 году. Согласно последним данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), несмотря на успехи в снижении материнской смертности за последние десятилетия, этот прогресс замедлился, особенно в странах с низким уровнем дохода и ограниченными ресурсами. Успехи в области выживания матерей, достигнутые в период с 2000 по 2015 гг., застопорились в течение 5 последующих лет. В 2020 г. глобальный коэффициент материнской смертности составил 223 случая материнской смертности на 100 000 живорождений.

По оценкам ВОЗ, ежегодно около 287 тысяч женщин умирают вследствие осложнений беременности и ро-

дов [4]. В исследовании использовалось определение материнской смертности, данное в 10-м издании МКБ: «Смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после прерывания беременности, независимо от срока и места беременности, по любой причине, связанной с беременностью или ее ведением или усугубленной ею, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины».

В общей сложности в данное исследование для расчета результатов были включены данные 129 из 185 стран. Общее число случаев материнской смертности в окончательном исходном наборе данных в 2009–2020 гг. составило 139 381, что составляет 3,7% от 3 813 266 случаев материнской смертности, оцененных за этот период во всем мире. Основной причиной смерти матерей является кровотечение, которое составляет примерно 1/3 всех случаев (27%). Вторая ведущая причина — косвенные осложнения беременности, обусловленные сопутствующими заболеваниями матери, такими как сердечно-сосудистые заболевания, инфекции или диабет (23%). Высокое кровяное давление, связанное с беременностью, также занимает значительное место среди причин смерти матерей (16%).

Однако распределение этих причин существенно варьирует в зависимости от региона мира. Например, в Латинской Америке и Карибском бассейне основной причиной смерти является гипертония беременных, тогда как в Западной Азии и Северной Африке лидирует геморрагический шок. Среди стран Африки южнее Сахары наибольшую угрозу представляет сепсис, связанный с родами.

Только в 12 странах был зарегистрирован один или несколько случаев самоубийства матерей. В этих странах доля смертей от самоубийств варьировала от менее 1 до 26% от материнской смертности. Для стран, сообщивших по крайней мере об одной поздней материнской смертности (т.е. смерти, произошедшей более 42 дней, но менее чем через 1 год после прерывания беременности), соотношение поздней материнской смертности и материнской смертности до 42 дней варьировалось от <0,01 до 0,07.

Причины, ведущие к гибели рожениц, подразделяются на прямые и непрямые. Прямые причины включают осложнения, непосредственно вызванные беременностью и родами, такие как кровотечения, инфекционные заболевания, высокое артериальное давление и проблемы с анестезией. Непрямые причины связаны с общими состояниями здоровья женщины, усугубляющимися при беременности.

Материнская смертность обусловлена множеством факторов, начиная от бедности и низкого образовательного уровня женщин и заканчивая отсутствием квалифицированной медицинской помощи и сложностями в доступе к необходимым услугам здравоохранения. Именно поэтому снижение показателя материнской смертности требует комплексного подхода, направленного на улучшение качества медицинской помощи, повышение доступности современных технологий диагностики и лечение, а также обеспечение надлежащей подготовки медицинского персонала.

Значительная региональная неоднородность в причинах материнских смертей ставит дополнительные задачи перед системой здравоохранения каждой отдельной

страны. Так, регионы с высоким уровнем доходов имеют гораздо меньшую вероятность потери жизни женщин от беременности и родов благодаря широкому доступу к качественным медицинским услугам и современным технологиям. Тем не менее и там существуют группы риска, связанные с социальными факторами, культурными особенностями и недостаточной профилактической работой.

Наиболее уязвимыми оказываются развивающиеся страны, где нехватка ресурсов и низкий уровень санитарии приводят к увеличению числа смертельных исходов, связанных с тяжелыми родовыми травмами, послеродовым кровотечением и инфекциями. Примечательно, что некоторые развитые государства, такие как Австралия и Новая Зеландия, демонстрируют сравнительно высокие показатели самоубийства среди молодых мам, что требует дополнительного изучения социальных и психологических аспектов проблем материнства.

Изменения, происходящие в структуре причин материнской смертности, тесно взаимосвязаны с развитием экономики, изменениями демографической структуры населения и улучшением доступа к здравоохранению. Современные тенденции позволяют говорить о сокращении доли прямого влияния болезней, характерных для периода беременности и родов, и увеличении роли хронических заболеваний, диабета и ожирения, оказывающих негативное воздействие на здоровье будущих матерей.

Очевидно, что каждая страна нуждается в индивидуальном подходе к снижению материнской смертности, учитывая особенности региональной эпидемиологической обстановки, доступные ресурсы и национальные приоритеты в области охраны здоровья матери и ребенка.

Преодоление кризиса материнской смертности зависит от множества факторов, среди которых важнейшими являются доступность качественной медицинской помощи, ранняя диагностика патологий, подготовка высококвалифицированного персонала и формирование адекватной социальной среды вокруг беременной женщины и молодой семьи. Решение проблемы включает не только медицинские мероприятия, но и комплекс мер по укреплению общественного сознания, поддержке инициатив в сфере планирования семьи и сексуального образования.

Одним из важных шагов в борьбе с материнской смертностью является расширение программ раннего выявления и профилактики возможных осложнений беременности, поддержка разработки новых лекарств и методик оперативного вмешательства, а также развитие инфраструктуры скорой медицинской помощи или медицины катастроф, способной эффективно реагировать на чрезвычайные ситуации, возникающие в процессе родовспоможения.

Решение проблемы материнской смертности должно стать приоритетом международной повестки дня, ориентированным на достижение справедливого распределения ресурсов и усилий в поддержку наиболее уязвимых групп населения планеты.

Борьба с материнской смертностью продолжает оставаться одной из важнейших задач современного здравоохранения. Данные последних исследований подчерки-

вают необходимость ускорения прогресса в достижении целевых индикаторов программы устойчивого развития ООН, предусматривающих сокращение показателя материнской смертности вдвое к 2030 г. Важнейшей целью является создание эффективной модели охраны здоровья матери и ребенка, учитывающей региональные особенности и обеспечивающей равноправный доступ к качественному медицинскому обслуживанию каждому человеку, вне зависимости от социального статуса и географического положения.

Стратегия ВОЗ нацелена на решение ключевых вопросов посредством внедрения инновационных решений, направленных на борьбу с основными причинами материнской смертности, путем расширения сети качественных медицинских учреждений, модернизации диагностических служб и формирования благоприятной социально-экономической среды для женщин детородного возраста. Реализуя данную стратегию, международное сообщество сможет достичь поставленной цели по радикальному снижению количества материнских смертей и созданию условий для здорового будущего поколений.

Данная работа открывает широкие возможности для дальнейших исследований, способствует углублению понимания региональных особенностей материнской смертности и стимулирует разработку эффективных профилактических и лечебных программ, позволяющих успешно справляться с проблемой. Важно помнить, что каждый случай материнской смерти несет глубокую личную трагедию и огромный социальный ущерб, влияющий на будущее семей и сообществ. Поэтому усилия международного сообщества должны быть направлены на максимальное уменьшение масштабов этой трагедии и сохранение жизни каждого человека.

РАЗДЕЛ 4.

Современная практика склеротерапии эндометриоидных кист яичников: оценка влияния на овариальный резерв и клинические исходы

Эндометриоидная киста яичника (эндометриома) — форма наружного генитального эндометриоза, при котором на одном или обоих яичниках формируются полостные образования из аномальных клеток эндометрия. Заболевание может проявляться болями, нарушениями менструального цикла, проблемами с фертильностью. Частота появления эндометриоидных кист яичников у женщин репродуктивного возраста колеблется от 17 до 44%. При этом частота бесплодия среди женщин, страдающих генитальным эндометриозом и кистами яичников, в 3–4 раза выше, чем в среднем по популяции. Одной из эффективных терапевтических стратегий является склеротерапия — процедура, заключающаяся в введении специального раствора (чаще всего этанола) внутрь эндометриоидной кисты для ее деструкции и снижения рисков рецидива.

Традиционные методы лечения эндометриомы, такие как оперативное вмешательство, нередко приводят к значительному уменьшению овариального резерва, ухудшая возможности наступления беременности естественным способом или при помощи вспомогательных

репродуктивных технологий. При этом согласно данным ряда исследований, примерно каждая третья женщина сталкивается с рецидивом эндометриомы после операции. Именно поэтому возникла необходимость разработки менее травматичных методов, одним из которых и является склеротерапия. Последние годы метод склеротерапии переживает второе рождение и появился целый ряд публикаций по применению данного метода среди женщин, планирующих беременность.

Согласно данным ряда клинических исследований, именно применение склеротерапии этанолом обеспечивает ряд преимуществ:

- значительное уменьшение боли, связанной с наличием эндометриоидных кист и повышение качества жизни пациенток [5];
- минимальное влияние на овариальный резерв, что способствует улучшению исходов последующих попыток ЭКО [6].

При проведении склеротерапии существует 2 основные техники выполнения процедуры: трансвагинальная склеротерапия под ультразвуковым контролем и лапароскопическая методика. Каждая из техник имеет свои особенности, преимущества и недостатки, которые учитываются врачом при принятии решения относительно выбора подхода.

Трансвагинальная склеротерапия может выполняться амбулаторно, занимает минимальное время и проводится либо под местным обезболиванием, либо вообще без общей анестезии. Важным аспектом является строгое соблюдение правил асептики и антисептики, а также использование стерильных инструментов и материалов.

Основные этапы трансвагинальной процедуры [7]

- Подготовка: очистка влагалища антисептиком, назначение антибиотиков.
- Аспирация содержимого кисты тонкой иглой.
- Промывание полости кисты физиологическим раствором до получения прозрачного отделяемого.
- Инъекция раствора этанола в полость кисты и последующая полная его аспирация через 10 минут.

Преимуществом лапароскопической техники являются возможность одновременного устранения других патологических изменений органов малого таза и более точная визуализация очага.

Данные последних исследований подтверждают, что склеротерапия оказывает положительное воздействие на фертильность и снижает частоту рецидивов заболевания. Она становится важным компонентом комплекс-

ного лечения эндометриоза, обеспечивая комфортное ведение больных и повышая возможность естественного зачатия или успешности процедур ЭКО. Это продемонстрировано в том числе по результатам метаанализа, опубликованного в 2025 г. Lavadia и соавт. и включившего 28 исследований с участием 1877 пациенток [8].

На основании проведенного исследования основными выводами были следующие:

- уровень АМГ после процедуры склеротерапии оставался стабильным, тогда как после традиционного оперативного вмешательства отмечалась выраженная потеря овариального резерва;
- у большинства пациенток отмечалось уменьшение клинических проявления, прежде всего болей;
- риск рецидива эндометриомы оказался сопоставимым с показателями после классической цистэктомии;
- использование ЭКО после склеротерапии продемонстрировало высокие показатели успеха: беременность наступила почти у половины пациенток, прошедших процедуру.

Эти результаты позволяют сделать вывод о том, что склеротерапия этанолом является безопасной и эффективной процедурой, обеспечивающей сохранение овариального резерва и повышающей вероятность наступления самостоятельной беременности или положительного результата проведения программ ВРТ.

Кроме оценки непосредственного эффекта на овариальный резерв, важными являются также факторы, касающиеся психологического состояния пациенток, сроков реабилитации и улучшения качества жизни. Также следует учитывать экономическую эффективность данной процедуры в сравнении с классическим оперативным лечением. Таким образом, склеротерапия представляет собой альтернативу стандартной хирургии, позволяющую уменьшить потери овариального резерва и увеличить шансы на наступление беременности. Тем не менее для оценки безопасности и долгосрочных последствий этой процедуры необходимы дальнейшие исследования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Работа выполнена без привлечения финансирования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. ESHRE Special Interest Group Safety and Quality in ART, and Ethics and Law; Alteri A, Tilleman K, Vermeulen N, Baccino G, Rodriguez-Wallberg KA, et al. To err is human, also in medically assisted reproduction: a cross-sectional study on error management practices. *Hum Reprod.* 2025;40(8):1432-1439. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf115>
2. Copp T, van Nieuwenhoven T, McCaffery KJ, Hammarberg K, Cvejic E, et al. Women's interest, knowledge, and attitudes relating to anti-Mullerian hormone testing: a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2024;39(9):2010-2020. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/deae147>
3. Evidence-based information combats misleading and false claims on the internet and social media about the anti-Mullerian hormone test. URL: <https://www.eshre.eu/Press-Room/Press-releases-2024/AMH-testing>. 29.07.2024
4. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2025;13(4):e626-e634. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00560-6)
5. Dymanowska I, Frankowska K, Polak G. The effects of ethanol sclerotherapy on pain and quality of life in patients with endometrial cysts. *Pol Arch Intern Med.* 2025;135(7):657-663. doi: <https://doi.org/10.5603/GPL.100816>
6. Ivanova K, Hereman H, Hajkova L. Sclerotherapy of endometrioma and its impact on ovarian reserve - a narrative review. *Cent Eur J Urol.* 2025;78(2):163-169. doi: <https://doi.org/10.48095/ccccg2025163>

7. Sukur YE, Aslan B, Kaplan NB. Transvaginal Ultrasound Guided Versus Laparoscopic Ethanol Sclerotherapy; Techniques, Tips & Tricks. *J Minim Invasive Gynecol.* 2025;32(7):581-582. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2025.03.015>

8. Lavadia CMM, Jeong HG, Park H. Ovarian reserve and IVF outcomes after ethanol ovarian sclerotherapy in women with endometrioma: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed Online.* 2025;51(1):104840. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2025.104840>

Рукопись получена: 30.08.2025. Одобрена к публикации: 01.09.2025. Опубликовано online: 30.09.2025.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Бармина Ирина Игоревна**, к.м.н. [**Irina I. Barmina**, PhD in Medical sciences]; адрес: Россия, 117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm. Ulyanova street, 117036 Moscow, Russia]; ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8067-5740>; eLibrary SPIN: 6331-2217; e-mail: barmina.irina@endocrincentr.ru

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.

ЦИТИРОВАТЬ:

Бармина И.И. Новости репродуктивной медицины. Дайджест публикаций, выпуск 8 // *Вестник репродуктивного здоровья*. — 2025. — Т. 4. — №3. — С. 5-11. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12776>

TO CITE THIS ARTICLE:

Barmina II. Reproductive medicine news. Digest of publications, issue 8. *Bulletin of reproductive health*. 2025;4(3):5-11. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12776>