АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#3 [120] 06 / 2025 / StatusPraesens

ISSN 2074-2347

Профессионализм!

тема №

Алгоритмы + интеллект и интуиция =

Профессионализм!

Противораковая сила пробежки: доказательная база • Новые критерии оценки качества медицинской помощи вступают в силу с 1 сентября 2025 года. Что нас ждёт? • Результаты первого в России многоцентрового наблюдательного исследования под эгидой МАРС о реалиях прегравидарной подготовки • Мифы и предрассудки о вакцинации • Краткий обзор ЧФ новых клинических рекомендаций • Правовая защищённость медицинских работников: есть ли смысл в изменении УК РФ?

Уважаемые коллеги!

Мы с вами живём и работаем в удивительное время. Несмотря ни на какие внешние обстоятельства, научный потенциал нашей страны остаётся на высоком уровне. Учёные в тесной связке с врачами-клиницистами разрабатывают новые методы, новые технологии диагностики, лечения и профилактики самых разных заболеваний. Мы прекрасно понимаем, что движение вперёд необходимо, и столь же явно ощущаем ответственность перед пациентами за конечный результат — сохранность их здоровья.

За 6 лет с момента старта нацпроекта «Здравоохранение» наша страна достигла значимых показателей по ожидаемой продолжительности жизни и ощутимо снизила уровень младенческой смертности. Продолжилась модернизация медицинских учреждений, а цифровизация стала неотъемлемой частью повседневной работы медиков. В текущем году федеральная программа заботы о населении пополнилась ещё тремя важными национальными проектами. «Новые технологии сохранения здоровья» призваны ускорить внедрение инноваций, искусственного интеллекта, технологий и препаратов принципиально нового уровня. «Продолжительная и активная жизнь» — тренд последнего времени и новое целеполагание в медицине. «Семья» — это о защите материнства и детства. Для реализации задач, стоящих перед медицинским сообществом, нужна мобилизация всех ресурсов — интеллекта, опыта, мудрости, человечности. Без этого сложно себе представить врача. И в процессе постижения профессиональной «грамоты» большое значение имеет участие в научно-практических мероприятиях, изучение специальной литературы. Журнал, который вы держите в руках, — один из надёжных инструментов усиления медицинских компетенций.

Ещё одна насущная проблема отрасли, которую отметил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, — дефицит кадров. Нам не хватает около 23,3 тыс. врачей и 63,6 тыс. медработников среднего звена. К 2030 году этот пробел планируется перекрыть на 95%. Цифра весьма оптимистичная, она имеет под собой основание в виде ряда национальных проектов. Однако и от нас с вами, действующих специалистов, зависит немало. Ведь это к нам приходят молодые доктора, а значит, институт наставничества необходимо развивать, поддерживать прибывающий кадровый резерв, вдохновлять юных коллег. Вдохновлять, конечно, своим примером.

«Вызовы», «обстоятельства», «сложности», «вопреки»... огромный перечень слов, которые сегодня сопровождают нашу с вами работу. Но есть в ней главное: «любовь», «милосердие», «вера в успех», «сила», «знания»... И этот список гораздо мощнее предыдущего. Каждый из нас знает, для чего пришёл в эту профессию и почему именно наша работа — лучшая.

Желаю всем читателям журнала, всем коллегам профессионального успеха, оптимизма и человеческого счастья!

Проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины Медицинского института Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы, дважды лауреат премии правительства РФ, докт. мед. наук, проф. **А.И. Давыдов**

StatusPraesens

гинекология акуш

#3 [12ф] ф6 / 2ф25 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

МАРС

Главный редактор: засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук,
проф. Виктор Евсеевич Радзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liy.ru)
Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов
Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская
Заместитель редакционного директора по науке: канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов
Ответственные секретари редакции: Надежда Михайловна Васильева, Ксения Валерьевна Арефьева
Научные эксперты: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев,
канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов
Медицинские и литературные редакторы: Ольга Раевская, Сергей Дьяконов
Ольга Быкова, Мила Мартынова, Никита Катаев, Анастасия Хробостова, Полина Царёва
Препресс-директор: Нелли Демкова
Художественный директор: Лина Тавдумадзе
Арт-директор: Латип Латипов
Руководитель группы вёрстки: Юлия Скуточкина
Выпускающий редактор: Марина Осипова
Инфографика и дизайн: Ирина Великанова, Анна Ильина, Татьяна Качалина
Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская
Руководитель отдела продаж: Галина Нестерова (gn@praesens.ru)
Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (1ф5ф82, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (1ф5ф82, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2ф08 г.) / Тираж бффф экз. Цена свободная / Подписано в печать — 3ф июня 2ф25 г. / Адрес и телефон редакции: 1ф5ф82, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 39ф2. Почтовый адрес: 1ф5ффф, Москва, а/я 1ф7. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика». 1ф5ффф, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №2977ф. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: © Лина Тавдумадзе с использованием нейросети Midjourney. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock, ТАСС-фото.

© ООО «Статус презенс»
© ООО «Медиабюро Статус презенс»
© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2ффф

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радзинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Андреева Маргарита Дарчоевна (Краснодар)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Виноградова Ольга Павловна (Пенза)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Коноплянников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Кулешов Виталий Михайлович (Тюмень)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Куценко Ирина Георгиевна (Томск)
Лебеденко Елизавета Юрьевна (Ростов-на-Дону)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Мингалёва Наталия Вячеславовна (Краснодар)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордиянц Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пашов Александр Иванович (Калининград)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)
Попандопуло Виктория Александровна (Майкоп)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)
Салов Игорь Аркадьевич (Саратов)
Самойлова Алла Владимировна (Москва)
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семёнов Юрий Алексеевич (Челябинск)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Толибова Гулрухсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Филиппов Олег Семёнович (Москва)
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)
Юпатов Евгений Юрьевич (Казань)

StatusPraesens
гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9 СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Сквозь рамки к успеху
Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский о ключевых аспектах профессионализма акушеров-гинекологов

16 НОВОСТИ

23 МЕДПОЛИТ

Контроль умер, да здравствует контроль!
Новые критерии оценки медицинской помощи
Князев С.А., Горчакова Е.Ю.

Определение «качественная и безопасная медицинская помощь», несмотря на кажущуюся ясность, в реальности таит в себе много неопределённостей. Если оценивать помощь в целом по больнице, городу, региону, то это можно сделать по уровню заболеваемости, смертности и другим параметрам, как правило, учитываемым отраслевой и государственной статистикой. Судить же о качественности индивидуальной работы не всегда просто. В некоторых отраслях в качестве критерия можно принять итоговый результат.

29 ИНФОРМАЦИОННОЕ ОПЫЛЕНИЕ

Противораковая сила... пробежки
Ежедневная физическая активность снижает риск рака 13 локализаций
Ипастова И.Д., Маклецова С.А.

Человечеству действительно уже давно стоит поставить диагноз «хроническая двигательная недостаточность». Дефицит физических нагрузок (который надо бы уже перестать стыдливо обозначать термином «малоподвижный образ жизни») имеет неотвратимые последствия, и в первую очередь — аномально высокую распространённость ожирения и избыточной массы тела и, что неожиданнее, рост общей онкологической заболеваемости (и не только раком эндометрия). Рак от гиподинамии — убедительно доказанный факт.

35 ШКОЛА ЮРИДИЧЕСКОЙ САМООБОРОНЫ ВРАЧА

Врач под защитой
Интервью с канд. мед. наук, доц., медицинским юристом, партнёром экспертно-юридической группы Medica Proof Иваном Олеговичем Печереем
Дьяконов С.А.

Количество судебных дел с участием врачей растёт каждый год, а ужесточение правил оказания медицинской помощи ведёт к многочисленным конфликтам. При этом в законодательстве Российской Федерации права медиков прописаны недостаточно чётко. Это не осталось без внимания: в 2025 году в Госдуме предложены к рассмотрению несколько законопроектов, которые могли бы дополнительно защитить врачей. Как реагировать на противоправные действия со стороны пациентов и не выйти за правовые рамки?

StatusPraesens
гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

43 NEXT-ПРОСВЕТ

Что делаем?

Реальности прегравидарной подготовки

Радзинский В.Е., Олина А.А., Раевская О.А.

Комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, известный как «прегравидарная подготовка», направлен на успешное зачатие, течение беременности и рождение здорового ребёнка. Он также помогает оценить имеющиеся факторы риска, устранить или хотя бы уменьшить их влияние. Однако, несмотря на высокую значимость преконцепционного этапа, уровень информированности населения о важности правильной подготовки к беременности остаётся на низком уровне, что создаёт существенные препятствия для достижения намеченных целей и желаемых результатов.

49 CONTRA-VERSION

Несекретная симфония

Антимикробные пептиды: новые возможности в акушерстве и гинекологии

Гизингер О.А.

57 VIA SCIENTIARUM

Вакцины: развенчиваем мифы

Предрассудки и антинаучные убеждения, связанные с вакцинацией

Продеус А.П.

В эпоху доступности цифровых технологий любая информация моментально распространяется через социальные сети и средства массовой информации, в том числе совершенно не соответствующая действительности. К сожалению, именно она и находит наиболее широкий отклик у аудитории. Так, различные мифы и откровенную ложь о «вредных» компонентах вакцин, их неэффективности или «связи» с серьёзными заболеваниями (в их числе — аутизм) горячо обсуждают на страницах интернета. Страх перед возможными побочными эффектами, подкреплённый подобными слухами, заставляет родителей воздерживаться от прививок, несмотря на их доказанную эффективность и безопасность.

63 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ

Мы так похожи, но есть нюансы

Сравнительный анализ осведомлённости об интимной гигиене среди пациентов и врачей (часть 2)

Хрянин А.А.

Анкетирование врачей позволяет выявить не только уровень информированности, но и существующие пробелы в знаниях. Учитывая результаты опросов, можно сделать практические выводы для оптимизации образовательных программ населения по вопросам интимной гигиены, а также качества медицинской помощи. Ещё один аспект важности такого анкетирования включает понимание культурных и социальных нюансов, связанных с интимной гигиеной, что особенно актуально в условиях мультикультурности нашего социума.

StatusPraesens
гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

69 ПОСТАНТИБИОТИКОВАЯ ЭРА

Задействовать внутренние силы

Антибиотикосберегающие технологии как один из способов борьбы с резистентностью к антимикробным препаратам

Козлов Р.С.

В результате появления антибактериальных препаратов произошло существенное снижение летальности от различных инфекционных заболеваний. Однако несколько последних десятилетий учёные всё чаще говорят о большой угрозе для человечества, связанной со снижением эффективности этой группы лекарств. Проблема настолько серьёзна, что её обсуждают на уровне ООН, Всемирного банка и национальных правительств, включая российское, а эксперты прогнозируют, что к середине XXI века от лекарственно-устойчивых инфекций в мире ежегодно будет умирать около 10 млн человек.

73 ДЕМЕДИКАЛИЗАЦИЯ

Время, проведённое воедино

Влияние микросоциума на течение и исход беременности

Сагитова Г.Р.

Многие возможные проблемы со стороны матери и ребёнка, которые закладываются во время вынашивания, можно предотвратить или хотя бы минимизировать, причём вполне доступными действиями вроде правильного питания и отказа от вредных привычек. Важно также учитывать настроение пациенток, аппетит, сон, образ жизни, условия окружающей среды, положительные эмоции, взаимодействие с близкими. Таким образом, вынашивание ребёнка и подготовка к его рождению требуют всестороннего внимания и участия. Вместе с тем большое количество женщин, готовящихся к материнству, не знают или имеют неправильное представление о поведении в этот ответственный период.

79 КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Сорок скрижалей

Обзор новых и обновлённых клинических рекомендаций

Князев С.А.

Клинические рекомендации призваны облегчить работу практикующего специалиста стандартизацией диагностических и лечебных схем. По идее, тезисы должны содержать информацию, основанную на научных доказательствах, и выступать «ориентиром для врача при оказании медицинской помощи в конкретных ситуациях». При беглом обзоре «ситуаций» и существующих протоколов становилась очевидной диспропорция — рекомендаций явно не хватало. Последний год принёс кардинальные изменения — вышел целый пакет новых нормативных документов по заболеваниям, относящимся к XV классу Международной классификации болезней, а также произошло обновление изданных ранее.

84 ЛИТЕРАТУРА

сквозь рамки к успеху

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский о ключевых аспектах профессионализма акушеров-гинекологов

Главный редактор
акад. РАН, проф. Виктор Радзинский

Бóльшая часть работы акушеров-гинекологов основана на алгоритмах — тщательно выверенных протоколах, научных данных, которые помогают ориентироваться в мире женского здоровья. Эти инструменты не просто формируют повседневную практику, они позволяют защитить здоровье и сохранить жизни. Но в любой специальности разума недостаточно. Настоящий профессионал — тот, кто умеет использовать интуицию в сочетании с точными расчётами.

Интуиция — не просто чувство. Это результат многолетнего опыта, узнанной информации, взаимодействия с пациентками. Бывают моменты, когда алгоритмы не дают чётких ответов, и тогда на сцену выходит внутренний голос, подсказывающий, что делать в нестандартной ситуации. Это момент осознания того, что за каждой цифрой и клинической ситуацией стоит человек — уникальная история, полная страхов и надежд.

Однако различие между простым исполнителем алгоритмов и истинным мастером огромно. Порой возникает вопрос: «Как же найти ту самую правильную грань между строгими научными данными и пониманием микровселенной человеческого тела?» Зачастую столкновения интуитивных решений и научных подходов требуют невероятной гибкости. Полагаю, многие из нас сталкивались с ситуациями, когда пациентка приходит с типичными симптомами, но, глубже изучив её анамнез, обнаруживаешь уникальные аспекты, которые влияют на дальнейшие действия. Здесь не помогут никакие статистические модели. Необходимы чуткость, адаптивность и внимание к деталям.

Сложно оспорить, что в современном мире технологий и преимуществ больших данных многие аспекты медицины превращаются в математическое уравнение. Однако самое интересное начинается, когда вычисления встречаются с человечностью. Создание здоровых отношений с пациентками, глубокое понимание их страхов и ожиданий — основа, на которой должна быть выстроена профессиональная работа.

В каждом действии и решении важно помнить, что здоровье — не только сумма анализов и процедур. Это — микс алгоритмов и чувств, где одно невозможно без другого. Любая задача должна быть стремлением к гармонии, где стандарты служат опорой, а интуиция украшает каждое взаимодействие. В конечном итоге именно в этой уникальной связи кроется секрет удачи нашей профессии как призвания.

На сегодняшний день в сфере женского здоровья возникает ощущение смешанных чувств — тревоги и надежды. Тревога связана с тем, сколько недопонимания и мифов существует вокруг акушерства и гинекологии. Надежда же появляется из-за того, что изменения, происходящие каждый день, могут кардинально трансформировать подход к этому важному аспекту жизни. Разработка инновационных технологий открывает возможности, однако искажённые идеи всё ещё требуют разрушения.

Одной из заметных тенденций последних лет стало использование искусственного интеллекта. Это действительно революционно, но как же легко потеряться в лабиринте информации, если критически не оценивать её источники. В результате проявились интересные закономерности, показывающие, как одно и то же слово может исказить смысл статьи и уменьшить её ценность, если описывать серьёзные идеи слишком обтекаемо, используя показную риторику.

Изучая тексты, напичканные избыточностью и канцеляритом, понимаешь, что настоящая проблема не в технологии, а в том, как мы её используем. Искусственный интеллект может создавать иллюзию глубоких знаний, не «осознавая», что за каждым термином стоят многие годы исследований и практики. Заблуждение возникает, когда информацию подают как неоспоримый факт, без учёта необходимых нюансов и контекста.

Научное сообщество нуждается в переосмыслении подходов к публикациям, в которых важно сохранять оригинальность мысли и избегать слишком обтекаемых выражений, иначе мы окажемся в ситуации, когда научные статьи будут терять свою индивидуальность и целостность. Ощущение безразличия к контенту способно ослабить само понятие научной истины, заменяя его на фоне мнимых авторитетов.

Вместо ожидания, что искусственный интеллект создаст за нас качественный контент, нужно взглянуть на себя. Писать с душой, исследовать, задавать вопросы — именно это должно стать основой научного подхода. Акушерство и гинекология, как и вся медицина, нуждается в ярких, правдивых историях, которые повествовали бы о реальных людях и их опыте. В противном случае мы рискуем оказаться перед бесцветными общими фразами, которые не будут отражать реальность, а лишь оформят безличные данные.

Когда-то медицину окружала аура уверенности и стабильности. Подходы были основаны на многолетнем опыте и клиническом мышлении, каждую ситуацию воспринимали как уникальную проблему, требующую индивидуального решения. Записанные на бумаге протоколы, невероятно важные для обучения, казались скорее некой формальностью, чем прямым руководством к действию. Врачи работали под лозунгом «Исходя из практического опыта, никак не подгоняй реальность под стандарты!». Однако с тех пор многое изменилось. Дискуссии о стандартах, клинических рекомендациях и протоколах превратились в настоящие баталии, где порой трудно удержать нити здравого смысла.

Сегодня молодое поколение врачей, стремящееся к инновациям, бросает вызов устоявшимся порядкам. Их смелость вдохновляет, но порой она оказывается не всегда обоснованной. Взять тот же вопрос о клинических рекомендациях: они, казалось бы, призваны упростить и упорядочить работу врача, но часто становятся камнем преткновения в повседневной практике. Специалисты старшего поколения с трудом понимают стремление молодёжи, ведь многие из них были вынуждены обучаться на своих ошибках, на практике, а не по справочникам. Где же предел между настойчивостью в следовании протоколам и утратой индивидуального подхода?

Ситуация осложняется тем, что в одном учреждении ты привык следовать строгому шаблону, в другом — в зависимости от нового начальства у тебя возникает целая палитра новых, зачастую противоречивых подходов. Таким образом, молодые врачи попадают в замешательство, отказываясь от первоисточников и полагаясь на единообразие, оберегающее их от жёсткого контроля. Они сталкиваются с необходимостью адаптироваться к постоянно меняющимся условиям, и в итоге становится ясно, что это — чистая лотерея.

Лютый подъём социальной активности и юридическая тяжесть на плечах врачей не оставляет другого выбора, кроме как искать надёжную опору в клинических рекомендациях. Однако даже на этом пути не обойтись без ловушек. Конкретные формулировки могут оказаться красноречивыми, но они тоже не гарантируют настоящего решения. Каждый раз, когда выходит новая рекомендация, возникает вопрос: а что теперь? Как это изменит подход к женщине и её состоянию? И недоумение только растёт.

Конечно, совсем обойтись без упорядоченности невозможно. В мире, где количество научной информации растёт с колоссальной скоростью, врач должен быть готов не только принимать решения, но и аргументировать их. Протоколы облегчают эти задачи, ведь на их основе можно не только предоставить необходимую помощь, но и защитить себя от потенциальных правовых последствий. Однако, вступая на этот новый путь, многие специалисты сталкиваются с диспропорциями в рекомендациях, которые иногда откровенно абсурдны.

Один из наиболее ярких примеров — тема угрозы выкидыша и прерывания беременности, которая выступает одной из самых частых причин полипрагмазии и необоснованного лечения. В новой версии клинических рекомендаций по преждевременным родам расширили диагностический раздел, добавив третий тест на определение интерлейкина-6 в цервикальной слизи наряду

[Искусственный интеллект стал заметной тенденцией последних лет. Это действительно революционно, но как же легко потеряться в лабиринте информации, если критически не оценивать её источники.]

с уже существующими тестами на фосфорилированный протеин-1, связывающий инсулиноподобный фактор роста, и плацентарный α-микроглобулин-1. Пока никому в мире не удалось повысить качество определения риска преждевременных родов, и разработчики документа решили взять количеством. При этом они игнорируют тот факт, что это исследование выполняют для определения необходимости в госпитализации и лечении. Если результат отрицательный, беременную должны отпустить, а медицинское учреждение попрощается с деньгами, потраченными на тест-систему, так как без койко-дня нет оплаты.

Хочется верить, что однажды мы вернёмся к концепции, где основным ориентиром станет не только следование клиническим рекомендациям, но и чуткость к уникальности каждой пациентки. Уверен, только так впоследствии мы сможем выработать сбалансированный подход, который здраво учитывал бы достижения науки, индивидуальные особенности и одно важное правило «действовать во благо человека и его здоровья». Эти задачи должны оставаться в центре внимания — только тогда мы сможем не потерять ту важную искру человечности в нашей профессии.

Перед акушерами-гинекологами ежедневно открываются новые горизонты понимания женского здоровья. Каждый визит пациентки — не рутинная ситуация, а настоящая история, полная борьбы, надежд и иногда отчаяния. Важно помнить, что более 75% женщин репродуктивного возраста хотя бы раз сталкивались с инфекциями урогенитального тракта — от кандидозного вульвовагинита до бактериального вагиноза.

Порой протоколы лечения, подобно старым картам, ведут не по тому маршруту. Не зря же пациентки возвращаются

[Рост социальной активности и юридическая нагрузка не оставляют другого выбора врачам, кроме как искать надёжную опору в клинических рекомендациях. Но даже здесь не обойтись без ловушек.]

на приём с рецидивами, несмотря на то что следуют рекомендациям! Почему столь простые шаги не приводят к ожидаемым результатам? Здесь упущен важный контекст: в недрах человеческого организма происходит сложная игра, в которой участвуют не только патогенные организмы, но и та же самая микробиота, которую многие специалисты недооценивают.

Мы живём в эпоху, когда резистентность к антибиотикам буквально размывает линии нашей победы. *Gardnerella vaginalis* становится всё более дерзкой, игнорируя привычные схемы. Совершенно очевидно: чтобы добиться успеха, необходимо изменить традиционное восприятие «если бактерия — пей антибиотик, если гриб — антимикотик». Это слишком легко, и реальность гораздо сложнее. Необходимо открывать новые горизонты; краткие ответы не работают.

Мукозальный иммунитет — первая линия обороны, основа, на которой строится вся защита. Он действует словно мощная крепость: клетки эпителия, сапрофитные микроорганизмы, слизь с антимикробными пептидами — каждый из этих компонентов играет ключевую роль. Часто специалисты игнорируют этот аспект в своих наработках и тем самым искажают перспективу на выздоровление. Это недопустимо. Важно не только уничтожить инфекцию, но и восстановить равновесие, которое было испорчено. Этот баланс справедливо лежит в уникальности каждой женщины, которая сама по себе — целый микрокосмос.

Важно сосредоточить внимание на мерах, которые не только помогают в моменте, но и создают основу для будущего. Восстановление механизмов врождённого и адаптивного иммунитета путём использования антимикробных пептидов — не просто одна из многочисленных идей. В этом есть настоящая реальность, где каждый аспект лечения становится частью целого. Правильная стратегия однозначно должна включать не только лечение хронических воспалительных процессов, но и проактивные действия для предотвращения изменений в здоровье. Необходимо научиться комбинировать традиционные методы с инновационными решениями. Таким образом, задача акушеров-гинекологов — не только восстановить здоровье каждой пациентки, но и избавить их от страха перед будущим.

С какой стороны ни посмотреть, огромное количество вагинальных инфекций должно наводить ужас и побуждать к активным действиям. Однако, как показывает практика, многие до сих пор предпочитают оставаться в неведении, полагаясь на мифы и недостоверные источники. Интимная гигиена — тема, которую весьма часто стараются обойти стороной, оставляя многочисленные важные аспекты где-то в тени.

Правильный выбор средств для интимного ухода — вопрос не только здоровья, но и комфорта. Использование неподходящих мыл и гелей с высоким уровнем pH может вызывать серьёзные проблемы с микробиотой. Вопрос, который задают многие, — откуда черпать информацию об интимной гигиене? Оказавшись в ситуации, где открытый диалог затруднён культурными и социальными барьерами, люди часто обращаются к родственникам, едва ли осознавая, что могут получить неточную информацию. Это ставит перед медицинским сообществом задачу развивать доверие, чтобы пациентки обращались именно к специалистам, понимающим,

[Правильный выбор гигиенических средств — вопрос не только здоровья, но и комфорта. Использование неподходящих мыл и гелей с высоким уровнем pH может вызывать серьёзные проблемы с микробиотой.]

что гигиена — не просто рутинная процедура, а истинная забота о своём здоровье.

Интересно, что многие пациентки увереннее всего чувствуют себя при использовании антибактериальных средств. Почему так? Возможно, причиной служит неосознанная тяга к стерильности, в то время как многие в нашем сообществе всё ещё не понимают, какие риски это может вызвать. Нормальная микробиота — не просто абстракция. Это жизненно важный элемент, который поддерживает здоровье. Заболевания, вызванные нарушением естественной среды, становятся тяжелейшим бременем для общества.

Кроме того, осведомлённость о правильной технике интимной гигиены также оставляет желать лучшего. Многие пациентки верно отвечают на соответствующие вопросы, но это далеко от идеального результата. Ошибочная концепция интимной гигиены может конфликтовать с реальным состоянием здоровья. Необходимо повышать грамотность и говорить открыто об этих вопросах, создавая, таким образом, безопасное пространство для обсуждений.

Образовательные программы в современном мире необходимы как воздух. Каждая женщина заслуживает понимания, как заботиться о себе, чтобы это не было источником тревоги или страха. Повышение уровня осведомлённости приведёт к уменьшению числа инфекционных заболеваний и улучшению качества жизни. Создание материалов, понятных и доступных для всех, способно изменить обстановку. Уже ясно, что вопросы интимной гигиены проникают в сознание, но это лишь начало. Необходимо активно работать над тем, чтобы каждый человек получил возможность открыто говорить о своём здоровье, не опасаясь осуждения со стороны. Этот разговор важен, и он требует участия всего общества.

Условия, в которых будет проходить беременность, исключительные. От питания до эмоционального состояния — всё вплетено в «историю гестации». Однако, когда речь заходит о микросоциуме, многие женщины остаются в неведении — они не осознают, что все жизненные аспекты, каждое взаимодействие и решение могут влиять на здоровье их детей в будущем. Глубинная связь между будущей матерью и её ребёнком требует более тщательного анализа и обсуждения.

Гормональные и физиологические изменения, происходящие в период гестации, могут приводить к сильному стрессу. На ранних сроках он может стать причиной потери беременности, а на более поздних — увеличивает риск неблагоприятных исходов, таких как преждевременные роды и низкая масса тела при рождении. Кроме того, эти факторы могут иметь долгосрочные последствия, служа основой для различных заболеваний в будущем.

Однако негативные последствия стресса затрагивают не только состояние ребёнка. Они могут вызывать у будущей матери нарушения сна, депрессию, а также привести к увеличению массы тела из-за негативных привычек, таких как «заедание» неприятных эмоций. Так мы перешли к ещё одному критически важному аспекту — питанию. К сожалению, ожирение и расстройства пищевого поведения — неизменные спутники современности, и беременные — не исключение. Доказано, что неполноценный рацион ассоциирован с такими состояниями, как анемия, преэклампсия и плацентарная недостаточность.

Нельзя обойти стороной и вредные привычки. Курение — одна из наиболее распространённых зависимостей — влечёт за собой множество негативных последствий. Оно связано с задержкой роста плода, преждевременными родами и даже мертворождением. Хорошо известно также тератогенное действие этилового спирта и его связь с фетальным алкогольным синдромом. Эти состояния могут поражать центральную нервную систему и ассоциированы с долгосрочными проблемами здоровья у детей.

Таким образом, всё, что происходит с беременной, неизменно отражается на её будущем потомстве. Доброжелательное окружение, здоровый образ жизни и доверительные отношения с врачом — необходимые условия для формирования благоприятной атмосферы и ответственного отношения к своему здоровью.

Другой важный вопрос: «Насколько необходима прегравидарная подготовка?» Порой женщины и их партнёры пренебрегают этим этапом, думая, что забеременеть достаточно просто — и на этом пути всё наладится само собой. Однако такое заблуждение может таить в себе массу неожиданностей и серьёзных рисков, которые впоследствии могут сильно отразиться на здоровье и благополучии как будущих родителей, так и их детей.

Каждая, казалось бы, мелкая деталь имеет значение. При этом многие не всегда осознают, что прегравидарная подготовка включает в себя не только медицинские обследования, но и коррекцию образа жизни, избавление от вредных привычек, работу с психоэмоциональным самочувствием. Партнёры не всегда могут объективно оценить собственное состояние, и это может привести к достаточно грозным последствиям. Заботой о себе не следует пренебрегать — и это касается не только женщин, но и мужчин. Часто будущие отцы, оставаясь в тени, не вполне понимают, что их недостаточная обследованность может неблагоприятно отразиться на здоровье ребёнка. Все аспекты, начиная от питания и заканчивая эмоциональным равновесием, тесно взаимосвязаны.

Понимание важности прегравидарного этапа может приподнять завесу над тревожащими и непонятными вопросами, встроить практики заботы о себе в обыденную жизнь и подготовить к удивительному путешествию материнства

[Когда речь заходит о микросоциуме, многие женщины остаются в неведении — они не осознают, что все аспекты жизни, каждое взаимодействие и решение могут влиять на здоровье их детей в будущем.]

и отцовства. И в этом контексте образование — мощный инструмент. Необходимо переосмыслить подход к информации, направив усилия на популяризацию знаний о важности подготовки к беременности среди широкой аудитории. Открытые диалоги, доступ к качественной информации, образовательные инициативы — всё это поможет создать здоровую основу для будущего.

Специалисты обязаны действовать решительно и активно, прокладывая чёткий путь к осознанности и информированности. Каждая женщина имеет право знать о ключевых аспектах своего здоровья. Развитие системы образования в области репродуктивного здоровья, сотрудничество с государственными учреждениями и поддержка со стороны общества позволят создать условия, где ответственная подготовка к зачатию будет считаться нормой, а не исключением. Решительность и готовность вести этот разговор открыто могут изменить очень многое для большого числа семей, обеспечивая гармонию и радость в каждой новой жизни.

Пациенты, ожидающие немедленной помощи или назначения желанной процедуры, часто не учитывают, что врачи — тоже люди, имеющие свои профессиональные и эмоциональные пределы. Конфликты между медицинскими работниками и пациентами (и их родственниками), иногда переходящие в грубые незаконные действия, уже давно требуют пристального внимания и строгого подхода.

К сожалению, в последнее время наблюдается тревожная тенденция — пациенты, оказавшиеся в трудной ситуации, не справляются с эмоциями и начинают воспринимать врачей не как профессионалов, а как объект для недовольства. Порой они приходят в кабинет уже готовые к конфликту, и слова об оказании помощи становятся лишь формальностью. Неверие в компетентность специалиста и ожидания, которые мгновенно не исполняют, чаще всего порождают агрессию, которая вполне может выразиться в физических действиях.

© thirdeye Penn / Коллекция/iStock

[Пациенты, ожидающие помощи или назначения процедуры, порой забывают, что врачи — тоже люди, имеющие профессиональные и эмоциональные пределы. Конфликты с медицинскими работниками, переходящие в грубые незаконные действия, уже давно требуют пристального внимания и подхода.]

Врачи каждый день рискуют не только здоровьем, но и жизнью, и это делает ситуацию особенно угнетающей.

Законодательные инициативы, призванные улучшить защиту медицинских работников, зачастую остаются лишь мёртвой буквой. Государство создаёт правовые нормы, но как же это связано с реальностью? Мы говорим о том, что действия должны приводить к результатам, но где эта защита в момент, когда пациент, не услышав ответа на свои ожидания, становится неуправляемым? Существует необходимость в переносе этих инициатив из теории в практику.

С другой стороны, медики, к сожалению, не всегда ведут себя так, как ожидалось бы в идеальных условиях. Война за внимание — вот что сейчас происходит в ритме работы акушера-гинеколога, когда на каждого пациента выделено не более получаса. Это естественно создаёт недовольство, которое перерастает в отчаяние и агрессию. Неоправданные ожидания, отсутствие такта и понимания с обеих сторон — сложная смесь, способная в любой момент перейти в открытый конфликт. И здесь важно помнить, что каждая сторона может ошибаться и за определённым действием стоит человеческая жизнь и здоровье.

Проблема не только в культуре обращения к врачам, но и в поведении самих медработников, их готовности к открытому диалогу. Каждый врач должен чётко осознавать, что его задача — не только верифицировать диагноз и назначить лечение, но и поддерживать отношения, основанные на доверии и открытости. Обучение конфликтологии, безусловно, необходимо, но радикальные изменения должны начаться в сознании всех профессионалов. Каждый раз, когда врач воспринимает пациента как источник стресса, он ставит свою работу под удар, и именно здесь возникает необходимость в умении вести диалог и находить общий язык.

И вот когда агрессия пациента перерастает в насилие, возникают необратимые последствия. Оказывается, это не только сам факт использования физической силы. Гораздо более серьёзные раны наносятся на эмоциональном уровне. Оскорблённый врач, переживший агрессию, больше не может работать с полной отдачей. Это влияет не только на него, но и на всю «команду» и, что самое важное, на качество ведения других пациентов.

[Пациенты обязаны понимать, что врачи — не боксёрские мешки для выплёскивания своих эмоций, а медработники должны осознать, насколько важно быть внимательными и чуткими к словам и действиям.]

Невозможно оставлять агрессию незамеченной. Каждый медицинский работник должен осознавать свои права и полномочия, хотя бы в рамках собственного кабинета. Специалисты имеют право на уважение к своей профессии, потому что только тогда повысится статус медиков как защитников здоровья.

И всё же каждое действие имеет последствия, и когда насилие становится обыденным явлением, важно помнить: никто не застрахован от ошибок. Пациенты обязаны понимать, что врачи — не боксёрские мешки для выплёскивания их эмоций, а медики должны осознать, насколько важно быть внимательными и чуткими к словам и действиям. Путь к миру — работа обеих сторон, основанная на понимании и уважении. В итоге когда все будут встречаться с готовностью понимать друг друга, только тогда мир станет лучше, и мы сможем гордиться своей профессией.

Единая государственная власть в нашей стране разделена на три независимые ветви. Это — важный атрибут демократии, и суды выносят свои вердикты независимо от решений иных органов. Это важно в ситуации с клиническими рекомендациями. Письмо Минздрава РФ от 21 января 2025 года №17-1/3003770-2772 указывает, что «клинические рекомендации не являются нормативными актами, а являются рекомендательными документами и отражают взгляды специалистов, основаны на тщательном анализе научных данных, доступных во время их подготовки, имеют практическую направленность и выступают ориентиром для врача при оказании медицинской помощи в конкретных ситуациях», но это — не указ судам. 28 апреля 2025 года президиум Верховного суда РФ принял определение №9-КГ23-9-К1, согласно которому «утверждение о необязательности… клинических рекомендаций противоречит закону».

Именно поэтому надо сознавать, что в клинических рекомендациях нет ничего плохого! Их внедрение, инициированное много десятилетий назад зарубежными страховыми компаниями, преследовало благую цель — обеспечить минимум положенной при данном диагнозе медицинской помощи во избежание судебных и других претензий. Наши гайдлайны тоже имеют спорные положения, но их статус предполагает их обсуждение и внесение изменений по новым уточнённым доказанным сведениям.

Более того, и указания действующих клинических рекомендаций могут быть изменены применительно к конкретному пациенту врачебной комиссией — с 1 сентября её деятельность будет регламентирована новым приказом Минздрава РФ от 10 апреля 2025 года №180н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». Только не надо забывать грамотно оформить заключение её заседания. Не секрет, что офицеры следственных комитетов видят именно в клинических рекомендациях основу для суждения о правильном или неправильном лечении и, соответственно, о принимаемых медиками мерах! SP

[Внедрение клинических рекомендаций, инициированное страховыми компаниями, преследовало благую цель — обеспечить минимум положенной медицинской помощи во избежание судебных и других претензий.]

StatusPraesens

Мед полит

Для библиографических ссылок

• Князев С.А., Горчакова Е.Ю. Новые критерии оценки медицинской помощи // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №3 (12). — С. 23–26.

контроль умер, да здравствует контроль!

Новые критерии оценки медицинской помощи

Авторы: Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ им. М.П. Кончаловского, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; Екатерина Юрьевна Горчакова, клинический ординатор НМХЦ им. Н.И. Пирогова (Москва)

Как только в истории человечества появился работник, почти сразу появился и надсмотрщик. Помимо функции пресечения попыток отлынивания он стал отвечать за надёжность труда исполнителя, то есть осуществлять контроль качества работы. Критерии чаще всего были субъективные: «понравилось — не понравилось», и в последнем случае исполнителя могли подвергнуть довольно болезненным наказаниям, эволюционировавшим к настоящему времени в дисциплинарные взыскания.

Для понятия качества со временем также назрела необходимость в более конкретных формулировках: появились правила, условия, стандарты и критерии, соблюдение которых подразумевало добротность работы. В медицине каждый из аспектов преодолевал мучительное рождение. Например, ценой внедрения правил асептики стала смерть Игнаца Земмельвейса (Ignaz Philipp Semmelweis), которого затравили коллеги, изначально встретившие идею в штыки. Остальные понятия прошли не менее сложный путь, особенно пресловутые «критерии качества».

Определение «качественная и безопасная медицинская помощь», несмотря на кажущуюся ясность, в реальности таит в себе много неопределённостей. Если оценивать помощь в целом по больнице, городу, региону, то это можно сделать по уровню заболеваемости, смертности и другим параметрам, как правило, учитываемым отраслевой и государственной статистикой. Судить же о качестве индивидуальной работы не всегда просто. В некоторых отраслях за критерий можно принять итоговый результат. Например, при производстве табуреток, но в медицине это неприменимо.

Причина предельно проста: хороший плотник работает лишь с качественным материалом, за ним остаётся только обработка. Врачу же выбирать не приходится — он вынужден выполнять свои обязанности независимо от того, с кем и чем сводит его профессиональная деятельность. Результат его труда складывается из комплекса составляющих, на многие из которых он повлиять не может. Более того, далеко не каждого пациента может вылечить один специалист — часто труд коллективный. Именно поэтому потребовались иные критерии оценки, по которым можно сделать вывод о качестве медицинской помощи или отсутствии такового, желательно по каждому заболеванию из существующего букета.

В чьих руках контроль и учёт

В советский период контроль качества помощи был отдан на откуп административному звену непосредственно лечебной организации или местным исполнительным органам, например городским или областным отделам здравоохранения. При этом понятие правильного или ошибочного действия было очень пере-

менным и зависело от тех или иных воззрений, доминирующих в конкретном учреждении или на кафедре. В патронатной модели получения медицинской помощи, когда доктор решал за пациента, что для него лучше, это ещё было возможным, но с развитием партнёрства «врач—пациент» и возникновением новых субъектов в виде страховых компаний такая модель стала анахронизмом. К тому же гражданская ответственность специалиста, предусматривавшая материальную компенсацию за причинённый вред, из разряда невероятного во времена СССР в Российской Федерации стала более чем очевидным событием.

[В 2025 году количество российских клинических рекомендаций только по акушерству достигло 40, и скорая «кончина» приказа №203н стала очевидной.]

Работать по шаблону «здесь так принято» стало невозможно, необходимы единые для всех правила игры, когда и пациент, и врач должны быть уверены, что весь процесс лечения проходит в этих рамках. Однако для начала необходимо было определить, что же означает само понятие.

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Такое определение появилось в 2011 году в Федеральном законе №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[1]. Его предшественник, действовавший с 1993 по 2011 год под названием «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»[2], этого понятия избегал, указывая, что перечень критериев качества содержит программа государственных гарантий, которая в свою очередь оперировала прежними глобальными показателями — смертностью, заболеваемостью и т.д. Несмотря на то что определение появилось в 2011 году, до детализации в нём непосредственно обязательных действий врача прошло ещё несколько лет.

Долгая история

Первая попытка случилась спустя 4 года с изданием приказа Минздрава РФ от 7 июля 2015 года №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»[3]. За основу взяли соблюдение порядков, стандартов и клинических рекомендаций (КР), а также учитывали отдельные хронометрические показатели: проведение первичного осмотра при острых заболеваниях не позднее 2 ч с момента поступления пациента в приёмное отделение или обращения в регистратуру, установление клинического диагноза в течение 72 ч с момента поступления в профильное отделение и некоторые другие.

В качестве критериев качества также упоминали корректное ведение медицинской документации. Однако перечня отдельных заболеваний с программой обязательных действий в этом документе не приводили, был лишь обобщённый список, построенный на основе классов Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Приказ №422ан действовал недолго: 15 июля 2016 года ему на смену вышел приказ №520н[4], судьба которого оказалась ещё печальнее — он прекратил существование ещё до своего рождения. Согласно п. 3 этого документа его действие должно было начаться 1 июля 2017 года, однако в мае того же года подписали знаменитый приказ №203н[5], который отменил приказ №520, не успевший вступить в силу.

Сожалеть о «мертворождённом» не приходилось. Несмотря на появление в нём отдельного раздела, посвящённого не только классам заболеваний, но и с разбивкой их на рубрики, документ был явно неполноценным. Например, в XV классе рубрик было всего две: «Инфекция акушерской раны» и «Послеродовое кровотечение». Приказ №203н версии 2017 года в разделе «Критерии качества при беременности, родах и послеродовом периоде» содержал уже 16 рубрик — преимущество несомненное. Более того, каждая из них содержала обязательные действия — манипуляции, исследования, медикаментозные назначения или в редких случаях отсутствие определённых осложнений. Критерии оценивали по идеальной системе — дихотомической: да или нет.

В приказе 2017 года также сохранилось наследие предшественников: общие положения, упоминавшие в качестве критериев хронометрические параметры, обязательность соответствия стандартам и корректность заполнения медицинской документации.

Дефекты критериев

Несмотря на явный прорыв в конкретизации критериев качества, по которым стало достаточно просто осуществлять контроль корректности действий врача, в реальности не обошлось без ложки дёгтя. Отдельные пункты этого приказа противоречили другим аналогичным документам или здравому смыслу. Например, п. 8 рубрики 3.15.13 считал помощь качественной, если была «проведена антенатальная терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при сроке гестации менее 37 недель)»[5]. Действующий на тот момент Порядок оказания помощи — приказ Минздрава №572н (2012) — указывал иной срок, а именно «до 34 нед»[6]. Не совсем логичен п. 10, указывающий при разрыве плодных оболочек в качестве критерия качества «отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации», поскольку при таком диагнозе они могут существовать уже на момент поступления в лечебное учреждение. Было бы не страшно, если бы эти нестыковки стали предметом научных дискуссий, но, к сожалению, приказ №203н стал любимым документом сотрудников правоохранительных органов при ведении следствия, а также упоминаться в судебных исках к медицинским работникам[7,8].

Первым этапом заката приказа №203н стало появление КР, иногда приводившее к правовым коллизиям. Например,

КР по абдоминальному родоразрешению допускали непроведение антибиотикопрофилактики, приказ №203н — нет. Усугубляло ситуацию то, что число КР стало расти, и в каждой был раздел «Критерии качества», которого зачастую не было в приказе №203н. В 2025 году количество КР только по акушерству достигло ЧФ, и скорая «кончина» этого документа стала очевидной. Что же станет новым «основным законом» для контроля качества?

Новый приказ со старым номером

Приказ №203н, вступающий в силу с 1 сентября 2025 года, стал четвёртым по счёту, посвящённым критериям, по которым оценивают медицинскую помощь. По мистическому совпадению новый документ, имеющий тот же номер, что и предшественник, полностью потерял общую и вводную части и содержит лишь критерии оценки, разбитые на классы по МКБ-10[9]. Для акушеров-гинекологов критериев стало намного больше (всего 58): пять рубрик, касающихся оказания помощи только в первичном звене, 19 — при оказании только специализированной помощи и 34 пары — как для первичной медико-санитарной, так и для специализированной. В других разделах также могут оказаться состояния или диагнозы, имеющие как непосредственное отношение к нашей специальности (например, пара рубрик 1.41 и 1.42, перечисляющая критерии оценки качества помощи при ВИЧ-инфекции у беременных для амбулаторного и стационарного звеньев, или 21.1 — при нормальной беременности), так и косвенное — как несколько рубрик первого раздела, посвящённых инфекциям, передаваемым половым путём.

Сразу бросается в глаза, что критерии качества в новом приказе №203н почти дословно совпадают с аналогичным разделом соответствующих КР, только для повышения точности они часто разбиты на варианты помощи — «первичную медико-санитарную» и «специализированную». В большинстве таких пар критерии абсолютно идентичны, и здесь затаился первый «дьявол в деталях». В рубрике 14.29 «Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при воспалительных болезнях женских тазовых органов (коды по МКБ-10 — N70, N71, N73)» девятый пункт гласит: «Выполнено хирургическое лечение при наличии гнойного тубоовариального образования и (или) отсутствии эффекта от проводимой лекарственной терапии»[9]. С трудом можно представить, чтобы тубовар прооперировали в женской консультации или поликлинике, для этого пациентку скорее всего госпитализируют.

© photosvit / Коллекция/iStock

[Критерии качества в новом приказе почти совпадают с аналогичным разделом соответствующих клинических рекомендаций, но разбиты на «первичную медико-санитарную» и «специализированную» помощь.]

Однако в этом случае получается несоблюдение критерия, поскольку сделанное вмешательство будет относиться к аналогичной рубрике — 14.30, то есть только к специализированной помощи. Скорее всего ошибка техническая, поскольку следующая пара, посвящённая болезням бартолиновой железы, отличается как раз наличием критерия «Выполнено хирургическое лечение абсцесса бартолиновой железы» в рубрике 14.32 для специализированной помощи, в первичной медико-санитарной он отсутствует[9]. То же самое в отношении эндометриоза, внематочной беременности и других. Подобная небрежность всего в одном пункте в прежнем приказе 2017 года с профилактикой респираторного дистресс-синдрома (РДС) до 37 нед попортила немало крови врачам при объяснениях с контролирующими и надзорными органами.

Ещё одна разница в деталях между КР и приказом, способная привести к разным трактовкам контролирующих органов, — магнитно-резонансная томография (МРТ) при подозрении на врастание плаценты. Исследование присутствует в обоих документах, но есть одна маленькая деталь — в приказе №203н оно упомянуто лишь в п. 15.26, относящемся к специализированной

помощи, то есть в стационаре, на крайний случай — в дневном. В п. 15.25 критериев для первичной медико-санитарной помощи упомянуто только ультразвуковое исследование[9]. Как контролирующие организации расценят выполнение МРТ, например, в поликлинике вместо стационара — вопрос остаётся открытым.

По некоторым вопросам (например, в отношении антибиотикопрофилактики при абдоминальном родоразрешении) КР и приказ показывают полное единодушие (как и в прежней версии) и при этом не допускают возможность непроведения её вовсе, что подробно описано в основном разделе КР, но в них же становится невыполнением критериев качества[10]. Новый приказ не разрубил «гордиев узел», а присоединился к нему.

Различия: нюансы и коллизии

В некоторых пунктах расхождения с КР более значительны, например в отношении большого акушерского синдрома — преэклампсии. В отличие от КР приказ предписывает для профилактики ранней послеродовой эклампсии вводить сульфат магния без упоминания, что это относится лишь к тяжёлой степени. Это безусловный плюс, мы уже неоднократно писали, что инфузия этого препарата позволяет отсрочить переход «умеренной» в «тяжёлую» и не вырастить её в течение диагностического поиска. Однако, к большому сожалению, приказ предписывает вводить сульфат магния лишь во время родов и после них, игнорируя антенатальный период.

Есть особенности также при коде О34.4 «Истмико-цервикальная недостаточность» (ИЦН). Приказ и КР используют одну и ту же двусмысленную формулировку: «Выполнено введение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) пациенту с многоплодной беременностью», — без уточнения «при укорочении шейки матки»[11], как это сделано в КР по многоплодной беременности. Ещё больше нюансов в отношении серкляжа. Во-первых, он зачем-то упомянут в пункте, относящемся к первичной медико-санитарной помощи, но с указанием в скобках «выполнен в стационарных условиях». Во-вторых, по коду О34.4 ИЦН и КР, и приказ оставляют за скобками тезис-рекомендацию из КР по коду О60 «Преждевременные роды»: «Для исключения/подтверждения инфекционно-воспалительного процесса и для решения вопроса о целесообразности хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности <...> на основании коллегиального решения (совместный осмотр, консилиум) рекомендован диагностический трансабдоминальный амниоцентез»[12]. Игнорирование этого требования при развитии хориоамнионита, а тем паче — сепсиса приводило к печальным последствиям для врачей.

Определённая коллизия между приказом и КР существует в отношении кода О41.1 — хориоамнионита. Приказ трактует помощь как качественную, если будет выполнена профилактика РДС плода глюкокортикоидами, причём в КР этого критерия нет, а есть другой — если беременная будет родоразрешена не позднее 24 ч от момента постановки диагноза, но это условие отсутствует в приказе. Более того, КР указывают, что «не рекомендовано откладывать родоразрешение с целью назначения полного курса профилактики респираторного дистресс-синдрома плода»[13]. Получается, единственная возможностью исполнить все критерии — ускоренный или неполный курсы профилактики РДС с родоразрешением не позже 24 ч.

Отдельные незначительные различия между КР и новым приказом есть и в других рубриках, мы отметили лишь наиболее потенциально опасные для претензий со стороны контролирующих органов, поскольку именно на эти критерии они обычно и ссылаются.

Интересной в новом приказе выглядит потеря сразу двух разделов, содержащих такие характеристики качества, как постановка диагноза в течение 72 ч или обязательность заполнения всех разделов медицинской документации. Вряд ли это означает возможность расслабиться и перестать обращать внимание на записи в истории болезни. Самая распространённая в актах проверки, заключениях, экспертизах и рецензиях фраза «отмечены дефекты ведения медицинской документации» скорее всего никуда не денется, и качество ведения истории болезни останется основной мишенью для критики.

Контроль, а тем более критику никто не любит. Как гласит распространённое понятие, «критиковать — рассказывать, как бы сам всё сделал лучше, если бы, конечно, умел». Однако, отставив в сторону пессимистичный юмор, можно констатировать: критерии качества в акушерстве и гинекологии эволюционируют, как и во всей медицине. Они не лишены недостатков, но их количество растёт, соответственно, более чётко прочерчиваются границы нашей повседневной работы, пребывание в которых гарантирует безопасность не только для получателя услуги — пациента, но и для её поставщика — лечащего врача. SP

[В отношении антибиотикопрофилактики при абдоминальном родоразрешении клинические рекомендации и приказ показывают полное единодушие и при этом не допускают возможность непроведения её вовсе.]

[Новый приказ потерял сразу два раздела, содержащие такие характеристики качества, как постановка диагноза в течение 72 ч или обязательность заполнения всех разделов медицинской документации.]

Библиографию см. на с. 84—86.

[Информа-ционное опыление]

Для библиографических ссылок
• Ипастова И.Д., Маклецова С.А. Ежедневная физическая активность снижает риск рака 13 локализаций // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №3 (12). — С. 29–31.

противораковая сила… пробежки

Ежедневная физическая активность снижает риск рака 13 локализаций

Авторы: Ирина Дмитриевна Ипастова, канд. биол. наук; Светлана Александровна Маклецова, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

Чем больше редакция журнала StatusPraesens изучает доказательную базу антиэйджингового эффекта физических нагрузок, тем ярче наше общее удивление. И если в отношении мировой причины смертности №1 (сердечно-сосудистые катастрофы) результативность физических тренировок вполне понятна и давно доказана (все клинические рекомендации по этим тематикам начинаются с «модификации образа жизни»), то вот причина смертности №2 — онкозаболевания — со степенью тренированности организма до последнего момента не ассоциировалась никак. Выяснилось — зря!..

И доказано это более чем убедительно — в исследовании качественного дизайна на огромной популяционной выборке. Физическая нагрузка защищает нас от 13 видов рака! По меньшей мере. Этот новый и фантастически неожиданный факт редакция StatusPraesens предлагает немедленно добавить в коллекцию убойных аргументов в пользу того, чтобы вот сразу после прочтения настоящей статьи надеть кроссовки и выйти на улицу — например, для прогулки. Или пробежки.

Настоящей противораковой пробежки.

Новые данные, опубликованные в июне 2025 года, не оставляют для сомнений ни единого шанса. Масштабное проспективное когортное исследование, проведённое под эгидой NIH (National institutes of health, Национальный институт здоровья, подразделение Министерства здравоохранения США) и Оксфордского университета, охватило 85 тыс. жителей Великобритании (средний возраст — 63 года)[1].

Авторы задались целью выяснить, какова связь между ежедневной физической активностью, её интенсивностью, количеством пройденных шагов и риском рака.

Поисковые маршруты

Выборка участников была сформирована из тех, кто вошёл прежде в исследование UK Biobank, — 2006–2010 годы, 500 тыс. взрослого населения Великобритании, прошедших анкетирование и предоставивших доступ к своим медицинским картам. Тем из них, кто оставался на связи, было предложено в течение 7 дней носить акселерометр (по сути, датчик, определяющий, как быстро меняется скорость перемещения объекта в пространстве).

С помощью этого устройства определили показатели средней суточной активности, её интенсивность и количество ежедневных шагов. В качестве результата оценивали комбинированный риск рака 13 локализаций:

- мочевого пузыря;
- молочной железы;
- толстой кишки;
- прямой кишки;
- эндометрия;
- кардиального отдела желудка;
- головы и шеи;
- почек;
- печени;
- лёгких;
- аденокарциномы пищевода;
- миелоидного лейкоза;
- миеломы.

Нескромно длинный период наблюдения составил 5,8 года.

За это время выявили 2633 заболевших на протяжении 497 824 человеколет. Наиболее распространёнными видами рака у мужчин были злокачественные опухоли толстой кишки, лёгких и прямой кишки, у женщин — молочной железы, толстой кишки, эндометрия и лёгких.

И это очень важный акцент — противораковый эффект нагрузки сохранялся даже у людей с ожирением!

Во-вторых, противораковое воздействие было характерно для любой интенсивности физической нагрузки.

Даже лёгкая нагрузка в течение дня (домашние хлопоты, походы по магазинам, прогулки) и умеренно интенсивная (при которой мы начинаем потеть) уменьшали вероятность рака на 6 и 13% (ОР 0,94 и 0,87 соответственно) в сравнении с малоподвижным образом жизни[1]. Последний при этом не сдвигал риск рака ни в какую из сторон (ОР 1,00; 95% ДИ 0,97–1,04).

В-третьих, противораковый эффект проявлялся даже у лежащих на диване индивидов, которые способны найти в себе силы подняться хотя бы на часовую тренировку, — онкологическая заболеваемость уменьшалась при «разбавлении» малоподвижного образа жизни одним часом ежедневной лёгкой или умеренно интенсивной нагрузки[1]. А это значит, что неактивные люди могут снизить риск рака даже благодаря прогулкам.

[Даже лёгкая нагрузка в течение дня уменьшает вероятность рака как минимум 13 локализаций. Причём этот эффект дозозависим, то есть важна не столько интенсивность, сколько продолжительность и постоянство.]

Выводы как подарки человечеству

По итогам исследования было установлено несколько закономерностей.

Во-первых, чем выше была общая суточная активность, тем более низким оказывался комбинированный риск злокачественных опухолей.

В частности, когда всех участников по уровню активности условно поделили на пять групп, выяснилось, что по сравнению с нижним квинтилем* (с самой низкой нагрузкой) люди уже во втором квинтиле имели на 16% меньше риск злокачественных новообразований (ОР 0,84; 95% ДИ 0,75–0,94), а в самом высоком квинтиле (самая интенсивная активность) — на 26% (ОР 0,74; 95% ДИ 0,65–0,84)[1].

Выявленный эффект не утратил силы даже с поправкой на демографические, медицинские — например, ИМТ! — и связанные с образом жизни факторы.

В-четвёртых, количество пройденных шагов тоже имело дозозависимый эффект на риск злокачественных заболеваний любой локализации. Однако эффект выходил на плато приблизительно при 9 тыс. ежедневных шагов[1]. У тех, кто преодолевал 7 тыс. в сравнении с 5 тыс. риск был ниже на 11% (ОР 0,89; 95% ДИ 0,83–0,96); при 9 *vs* 5 тыс. — на 16% (ОР 0,84; 95% ДИ 0,76–0,93). Любопытно при этом, что после 30 мин ходьбы риск утрачивал свою зависимость от интенсивности прогулки. Вывод у исследователей получился любопытный — в плане снижения риска рака важна не столько скорость, сколько продолжительность.

Таким образом, общая физическая активность, лёгкие и умеренные нагрузки, ежедневная ходьба обратно пропорциональны риску рака[1]. И это доказательство, что чем подвижнее человек, тем ниже у него онкологическая заболеваемость.

По всей видимости, такой эффект обусловлен влиянием двигательной активности на гормональный, иммунный профили, выработку инсулина, антиоксидантную систему. В пользу этого свидетельствуют данные о множественных «точках приложения» физической нагрузки: нормализации размера талии, процентного содержания жира, уровней глюкозы и инсулина натощак, гликированного гемоглобина, холестерина, липопротеинов высокой плотности, систолического артериального давления, сосудистой функции[2,3].

Человечеству действительно давно стоит поставить диагноз «хроническая двигательная недостаточность». Дефицит физических нагрузок (который надо бы уже перестать стыдливо обозначать термином «малоподвижный образ жизни») имеет неотвратимые последствия, и в первую очередь — аномально высокую распространённость ожирения и избыточной массы тела и, что неожиданнее, рост общей онкологической заболеваемости (и не только раком эндометрия). Рак от гиподинамии — убедительно доказанный факт.

По прогнозам, в развитых странах с высоким уровнем дохода изменение образа жизни, в том числе борьба с физической НЕактивностью, может более чем наполовину сократить все новые случаи рака[4]. Именно поэтому уже сейчас следует взять ситуацию в свои руки. Физические нагрузки нужны нам всем в ежедневном режиме! А чтобы было легче себя заставить, можно вспомнить о том, что тренировки доказанно профилактируют 13 видов рака.

Кстати, пропаганда со стороны общественного здравоохранения тоже может брать этот удивительный факт на вооружение. SP

* Квинтиль — это статистический показатель, который делит набор данных на пять равных частей, каждая из которых равна 20%.

Библиографию см. на с. 84–86.

© Михаил Терещенко / ТАСС

StatusPraesens

Для библиографических ссылок

• Радзинский В.Е., Олина А.А., Раевская О.А. Реальности прегравидарной подготовки // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №3 (12). — С. 43–47.

что делаем?

Реальности прегравидарной подготовки

Авторы: Виктор Евсеевич Радзинский, засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН (Москва); Анна Александровна Олина, докт. мед. наук, проф., зам. директора по развитию НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, проф. кафедры акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова СЗГМУ им. И.И. Мечникова, проф. кафедры акушерства и гинекологии №1 ПГМУ им. Е.А. Вагнера (Санкт-Петербург); Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

Копирайтинг: Никита Андреевич Катаев

Строительство дома — сложный и ответственный процесс, который требует всесторонней подготовки. На начальном этапе необходимо произвести детальное планирование и проектирование. Это включает подробный анализ строительного участка, оформление всех необходимых разрешений и выбор качественных материалов. Оценка бюджета и формирование компетентной команды специалистов — также важные шаги этого процесса.

Тщательный план действий на каждом этапе позволяет минимизировать риски, связанные с неожиданными проблемами, которые могут возникнуть как в ходе строительства, так и в процессе эксплуатации объекта. Каждая деталь играет свою роль, и игнорирование одного из аспектов может привести к задержкам, перерасходу средств или даже к серьёзным поломкам. Таким образом, надёжная подготовка закладывает прочный фундамент для успешного завершения строительства.

Необходимость подготовительного этапа прослеживается в самых различных сферах, включая репродуктивное здоровье. Планирование беременности, в частности, требует осознанного и ответственного подхода со стороны будущих родителей. Несмотря на то что процесс зачатия часто воспринимают как естественное явление, его успешность зависит от множества нюансов, часто остающихся вне поля зрения.

Обширный комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, известный как «прегравидарная подготовка», направлен на успешное зачатие, нормальное течение беременности и рождение здорового ребёнка[1]. Он также помогает оценить имеющиеся факторы риска, устранить или хотя бы уменьшить их влияние. Причём процесс планирования беременности требует комплексного подхода, включающего физическое и психоэмоциональное благополучие не только будущих матерей, но и отцов[2]. Таким образом, прегравидарная подготовка представляет собой фундаментальный этап на пути к успешному и счастливому родительству[3].

Не просто цифры

За последние десятилетия демографическая ситуация в России сильно изменилась. С 2006 по 2013 год число рождений увеличилось с 1,48 до 1,9 млн[4]. Однако с 2016 года начался ежегодный спад, и в 2023 году их количество составило всего 1,26 млн. В относительном выражении текущая рождаемость снизилась с 13,2 на 1000 человек в 2013 до 8,6 в 2023 году[5].

Количество женщин репродуктивного возраста также уменьшается: с 39,4 млн в 2006 до 34,3 млн к 2024 году[6]. Наибольшее сокращение произошло в возрастных группах 20–24 и 25–29 лет. По прогнозам, рост числа женщин в ключевых репродуктивных возрастах (20–29 лет), которые обеспечивают 44% всех рождений, начнётся только после 2026 года.

Тем не менее нельзя не отметить положительные изменения в медико-демографических показателях. Смертность населения снизилась с 15,1 до 12,1‰ с 2006 по 2023 год, а младенческая смертность достигла рекордно низкого уровня — 4,2 на 1000 живорождённых[4].

Качество медицинской помощи и условия для поддержания здоровья детей несомненно улучшаются, но для повышения рождаемости важно уделить внимание прегравидарной подготовке. Это поможет улучшить здоровье будущих родителей и детей, что должно стать ключевым фактором для увеличения рождаемости в стране[7].

[Комплекс профилактических и лечебных мероприятий, известный как «прегравидарная подготовка», направлен на успешное зачатие, нормальное течение беременности и рождение здорового ребёнка.]

Несмотря на высокую стратегическую значимость преконцепционного этапа, уровень информированности населения о фундаментальной важности правильной подготовки к беременности остаётся на низком уровне, что создаёт существенные препятствия для достижения намеченных целей и желаемых результатов. Кроме того, в отечественной и мировой литературе крайне скудные данные о реальном поведении женщин.

Этому и ассоциированным с ним вопросам было посвящено первое российское многоцентровое наблюдательное исследование под эгидой МАРС и руководством акад. В.Е. Радзинского. Оно основано на подробном анкетировании беременных, обратившихся в женские консультации в I триместре. В организации приняли участие ведущие эксперты отрасли: проф. А.А. Олина (Санкт-Петербург), проф. Н.В. Артымук (Кемерово), проф. М.М. Падруль (Пермь), проф. И.Ф. Фаткуллин (Казань), проф. Н.В. Мингалёва (Краснодар), проф. О.П. Виноградова (Пенза), доц. Е.Г. Кляусова (Пермь), канд. мед. наук Л.В. Кещьян (Наро-Фоминск), докт. мед. наук Н.А. Ляличкина (Наро-Фоминск), канд. мед. наук О.А. Раевская (Москва).

Всесторонний анализ осведомлённости женщин относительно прегравидарной подготовки, а также выявление ключевых факторов, препятствующих получению необходимой информации, имеют большую научную и практическую ценность. Коррекция существующих подходов, мы надеемся, не только будет способствовать улучшению здоровья, но и внесёт существенный вклад в формирование более здорового общества.

Пробелы в подготовке

Многоцентровое ретроспективное исследование 2024–2025 годов, охватившее 46 городов в девяти регионах России, включило 1360 пациенток в I триместре беременности. Его выводы, к сожалению, не стали неожиданными — многие женщины игнорируют необходимость комплекса анализов и консультаций у специалистов перед гестацией или вовсе не знают о них.

Средний возраст участниц составил 29,8 года (диапазон от 16 до 53 лет). Подавляющее большинство опрошенных женщин (98,2%) забеременели естественным путём. В 97,4% случаев это было запланированное событие. Вспомогательные репродуктивные технологии использовали 1,8% будущих матерей.

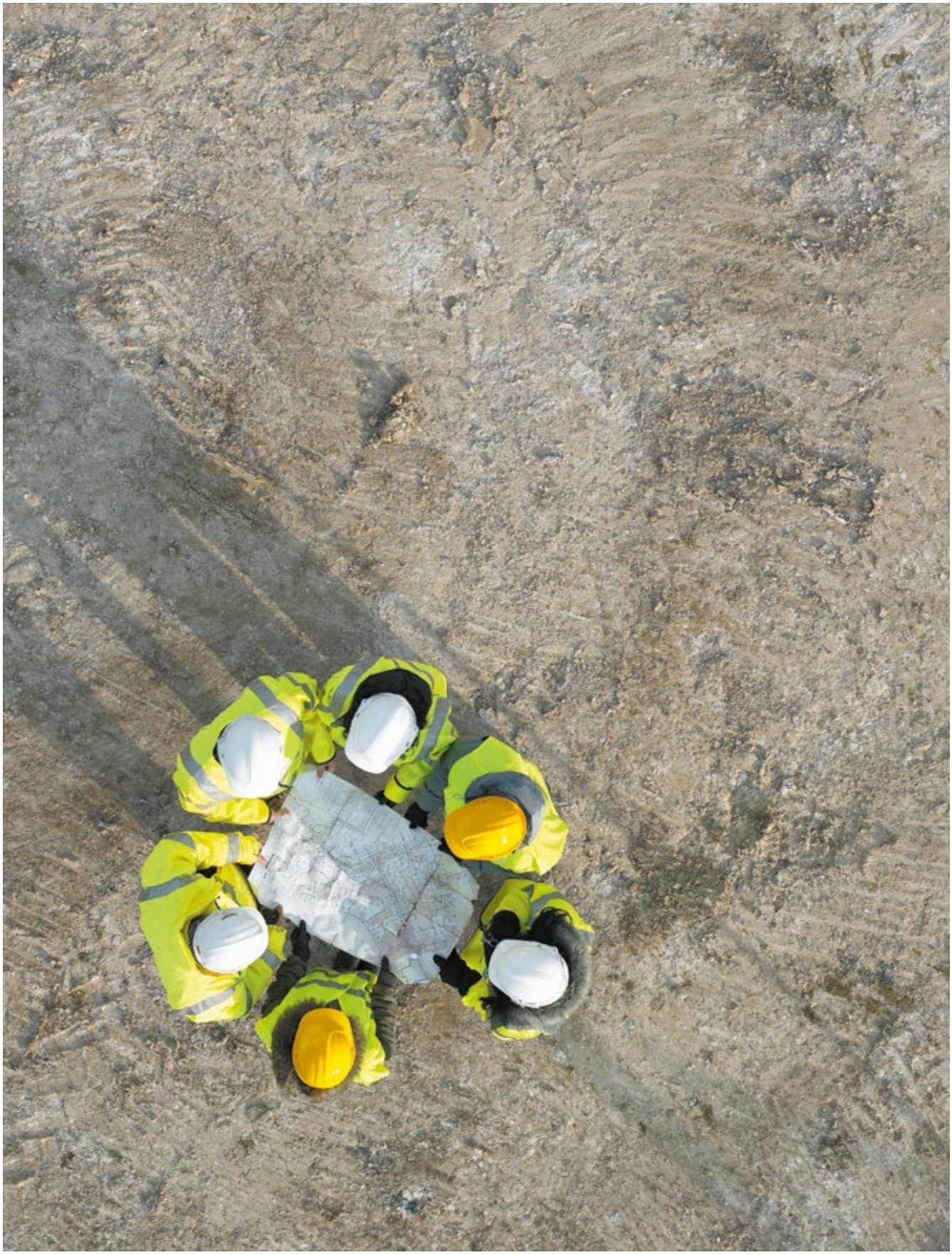
Первобеременными были 46,5% анкетированных пациенток. Средний индекс массы тела составил 25,4, при этом почти половина (51,3%) женщин имели нормальный вес. Перед гестацией 37,5% участниц курили, более четверти (25,6%) из которых продолжили эту практику даже во время беременности.

Кроме того, 284 женщины указали на хронические экстрагенитальные заболевания. Наибольшее количество из них приходилось на желудочно-кишечный тракт (33,6%), аллергии (19,6%), мочевыделительную (18,2%), сердечно-сосудистую (13,3%) и эндокринную системы (9,1%).

Обследование перед беременностью прошли лишь 41,6% женщин. Если рассмотреть внимательнее эту субпопуляцию, то большинству пациенток (84,8%) выполнили УЗИ органов малого таза, онкоцитологию (81,4%) и тесты на инфекции, передаваемые половым путём (69,6%). Анализы крови (55,4%) с определением уровня тиреотропного гормона (84,8%), глюкозы (54,4%), ферритина (52%) и антител к краснухе (32,8%) также не были редкостью.

Однако стоит отметить, что более половины опрошенных (58,4%) не были обследованы никоим образом. К сожалению, причины этого остались неизвестными, так как конкретные ответы были единичными.

Перед наступлением беременности около 38% участниц принимали витаминно-минеральные препараты. 23,4% из них сделали этот выбор самостоятельно, а 76,6% — по назначению врача. Чаще всего женщины получали фолиевую кислоту (83,4%), витамин D (62,4%), препараты йода (38%), а также ω_3-полиненасыщенные жирные кислоты (33,7%).



© Photo_Concepts / Коллекция/iStock

Раздел по вопросам иммунизации также выявил важные нюансы: большинство (87,8%) женщин не были вакцинированы в течение года перед беременностью. Основная причина — отсутствие осведомлённости (40%). Против вакцинации выступили 30,6% опрошенных. Вакцинированные пациентки чаще всего были привиты от гриппа (69,8%), кори (31,7%) и коронавирусной инфекции (30,1%).

В заключение следует отметить, что почти 70% участниц сообщили, что их партнёры не были обследованы никоим образом в рамках прегравидарной подготовки. Этот факт вызывает серьёзную обеспокоенность и требует дальнейшего изучения в рамках междисциплинарного подхода.

О чём говорят женщины?

Большинство россиянок понимают, что к зачатию нужно готовиться заблаговременно. Однако не все знают, как это правильно делать, и лишь немногие действительно следуют рекомендациям[16–18].

Что понимают женщины под термином «подготовка к беременности»:

- приём витаминов — 32,5%;
- прохождение медицинского обследования — 19,7%;
- сдачу анализов — 18,9%;
- ведение здорового образа жизни — 17,9%.

Временные рамки:

- 53% думают, что необходимо готовиться за 6–12 мес до предполагаемого зачатия;
- 33% полагают, что достаточно 2–5 мес;
- лишь 9% считают, что этот процесс должен занимать 1–2 года.

При этом:

- полноценную прегравидарную подготовку проходят только 4% пар;
- всего 9,2% женщин начинают принимать необходимые препараты в рамках планирования беременности;
- многие «стартуют» слишком поздно — только после 12 нед или в середине гестации.

Источники информации:

- 93% опрошенных в первую очередь доверяют врачу акушеру-гинекологу.

Однако:

- 23% женщин, готовящихся к зачатию, слушают советы старших родственников;
- 19% получают информацию из женских форумов в интернете;
- 15% полагаются на мнение подруг.

Кроме того, исследование показало, что у российских женщин существует опасная иллюзия об их знаниях относительно витаминов.

- 49% опрошенных не знают, что такое гиповитаминоз;
- 29% ошибочно считают, что гиповитаминоз — избыток витаминов;
- 73% респонденток уверены, что основной источник витаминов — продукты питания;
- 70% опрошенных россиянок признали, что их организму не хватает витаминов;
- лишь 29% женщин осведомлены о роли фолиевой кислоты в формировании органов и систем плода.

[Рациональное своевременное прегравидарное планирование снижает вероятность врождённых пороков, осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также обеспечивает снижение смертности.]

От неведения к осознанию

Результаты исследования демонстрируют, что многие пары не осознают, насколько важно планировать беременность. Часто они допускают ошибку, полагая, что никакой подготовки не нужно — достаточно лишь дождаться зачатия. Реальность — недостаток информированности и отсутствие прегравидарных мероприятий может привести к различным осложнениям в период гестации и родов — часто недооценена[8,9].

Тщательная преконцепционная диагностика позволяет выявить потенциальные проблемы, требующие внимания. За этим должны следовать адаптация образа жизни и минимизация модифицируемых рисков. Рациональное прегравидарное планирование снижает вероятность врождённых пороков, осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также обеспечивает снижение уровня материнской и перинатальной смертности[1,10–13].

Психологическое состояние также играет важную роль. Опасения, страхи и тревоги семейной пары могут иметь серьёзные последствия для здоровья будущей матери и ребёнка. Снижение стресса и фокусировка на позитивных аспектах предстоящей беременности способствуют общему улучшению состояния женщин. Понимание, что каждая мера, предпринимаемая до зачатия, направлена на обеспечение главного результата — рождения здорового ребёнка — и закладывает прочный фундамент комплаентности[1].

Важно отметить, что все рекомендации должны быть адаптированы под конкретную пару. Нельзя использовать универсальные шаблоны, поскольку каждая история уникальна. Однако отказ от вредных привычек, правильное питание, физическая активность, устранение дефицита витаминов и микроэлементов, а также работа со специалистами по коррекции факторов риска — всё это увеличивает шансы на дальнейший успех[14,15]. Математика репродуктивного

здоровья работает на пользу будущих родителей, когда каждый шаг в этом путешествии происходит с осознанием своей ценности.

Нам нужно это вчера

Забота о здоровье родителей и будущего поколения выходит за рамки только одной пары. Просветительская деятельность в сфере репродуктологии требует профессиональной вовлечённости медицинских специалистов и активного государственного участия. В современную «информационную» эпоху крайне непростительно оставаться в неведении касаемо такой жизненно важной темы, как подготовка к беременности. Однако, по последним данным, реальность такова, что многие перспективные родители остаются «в темноте».

Результаты исследования недвусмысленно указывают на глубокий недостаток осведомлённости среди населения в этой области. Это не просто абстрактное наблюдение — это тревожный звоночек для всего общества! Информация о прегравидарной подготовке не должна ограничиваться рамками специализированных программ или медицинских учреждений. Это знание должно быть доступно для всех вне зависимости от уровня образованности и финансовых возможностей[4].

Необходимы комплексные меры по внедрению интегрированных образовательных инициатив, направленных на повышение осведомлённости каждой женщины и её партнёра о значимости не только самого процесса беременности, но и прегравидарного этапа. Общество должно активно включиться в этот процесс. Важно создать целый пласт образовательных программ, доступных в разных формах, — от мобильных приложений до общественных лекций, от онлайн-курсов до интерактивных семинаров.

Лишь объединив усилия науки, образовательных учреждений и государственных органов, можно изменить ситуацию. Несомненный интерес для акушерско-гинекологического сообщества и социума в целом составят результаты начатого в 2024 году внедрения в российскую медицинскую практику диспансеризации мужчин и женщин с целью оценки репродуктивного здоровья[19].

Прегравидарная подготовка — не просто модный термин, а осознанный подход к одному из важнейших моментов в жизни пары. Каждая деталь имеет значение, начиная с физиологического состояния организма и заканчивая психоэмоциональным благополучием. Комплексный характер преконцепционного этапа направлен на создание оптимальных условий для зачатия и формирование надёжной основы для последующей беременности. Этот процесс — не только лишь медицинская необходимость, но и уникальная возможность для построения крепкой и здоровой семьи, способной обеспечить гармоничное развитие будущего поколения в соответствии с современными стандартами здоровья и благополучия. SP

Библиографию см. на с. 84–86.

СУПЕРЛИМФ®

стандартизированный комплекс антимикробных пептидов и цитокинов

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

- 30 ЛЕТ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
- БОЛЕЕ 150 НАУЧНЫХ РАБОТ (www.dissercart.com)
- БОЛЕЕ 18 ЛЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ
- Снижает рецидивы хронических заболеваний [1]
- Обладает противобактериальным, противогрибковым и противовирусным действием [1,2]
- Ликвидирует воспаление, активирует репаративные процессы, стимулирует локальные клеточные и гуморальные механизмы [3]
- Способен подавлять рост и размножение *St.aureus* и *E.coli* [4]

ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Комплексное лечение хронического цистита, герпетических заболеваний урогенитального тракта, в том числе осложненных бактериальной и вирусными инфекциями[1,3]

1. Инструкция по медицинскому применению
2. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Лавров В.Ф., Баркевич О.А. "Подавление цитопатического действия вируса герпеса простого первого типа комплексом природных цитокинов (препарат Суперлимф) in vitro".//Журнал ЖМЭИ. - 2005. - №1 - стр.57-60.
3. Перепанова Т.С., Поздняков Н.О., Хохлов А.А. Результаты применения препарата Суперлимф® в лечении хронического цистита по данным клинических исследований. Урология. 2025; 2; стр. 114-120.
4. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мороз А.Ф., Аведова Т.А., Москвина С.Н. "Противомикробные пептиды иммунной системы: клинические аспекты."//Аллергология и иммунология, 2003, том 4 №2, стр. 20-26.

ООО «ЦИ «Иммунохелп»
105187 г. Москва,
ул. Щербаковская д.53 к.15,
Тел/факс: +(495) 729-49-20
email: info@immunohelp.ru

Больше информации на сайте:
www.superlimf.ru

реклама

МАРКИРОВКА 6+

ПРОВЕРКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: НОВЫЙ ПОРЯДОК*

88-я полоса

i С 1 сентября 2025 года вступит в силу новый приказ, регламентирующий прохождение **профилактических медицинских осмотров** несовершеннолетними*. Согласно документу, репродуктивное здоровье детей будут исследовать **начиная с 6 лет**. Это позволит выявить различные нарушения на ранних стадиях и своевременно их скорректировать.

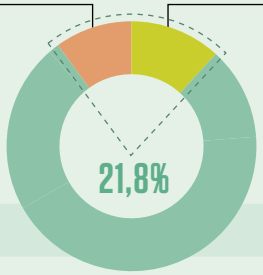
Учитывая непростую демографическую ситуацию в России, здоровье каждого ребёнка — огромная ценность!

КОЛИЧЕСТВО НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РОССИИ (НА 1 ИЮНЯ 2025 ГОДА)**

Дети до 6 лет

14 596 810 человек

9,99%



Подростки от 7 до 17 лет

17 264 062 человека

11,81%

КАК ПРОХОДИТ РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Неонатальный период	Препубертатный период	Пубертатный период
Обследование		
После рождения (но не позднее 28 дней жизни) — базовый неонатальный скрининг, осмотр новорождённого неонатологом	**В 6 лет** — первичный осмотр девочек акушером-гинекологом, мальчиков — детским урологом-андрологом	**С 13 лет** — ежегодные осмотры акушером-гинекологом и детским урологом-андрологом
Что можно выявить		
Врождённые и/или наследственные заболевания Анатомические особенности (гермафродитизм)	Скрытые или врождённые аномалии развития половой системы Преждевременное половое созревание Ожирение и избыточная масса тела, другие эндокринные расстройства	Задержка полового развития Нарушения менструального цикла Гормональные расстройства Инфекционно-воспалительные заболевания, в том числе ИППП Эндометриоз Дисменорея

NB! Для проведения профосмотра необходимо **информированное добровольное согласие** от ребёнка или, если он младше 15 лет, от его родителей или законных представителей.

ВЫВОД: Новый нормативный документ **неизбежно добавит работы** и так перегруженным акушерам-гинекологам. Однако вклад каждого специалиста в сохранение репродуктивного потенциала подрастающего поколения бесценен и важен — от этого во многом зависит **ближайшее будущее** нашей страны.

* Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учётной формы №030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка её ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения №030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка её заполнения: Приказ Минздрава РФ №211н от 14 апреля 2025 года. — URL: http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505230032?index=1.

** Население России. — URL: https://bdex.ru/naselenie/russia/.