

# Знания — сила!

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Рагзинский  
о важности постоянного самосовершенствования врачей



Главный редактор, акад. РАН, проф.  
Виктор Рагзинский

Сейчас легко можно найти любую **экспертную медицинскую информацию** — для этого специалисты могут использовать и интернет, и многочисленные базы научных статей, и нормативные документы, призванные помогать в практической деятельности. Однако важнее всего **то, что в голове клинициста**, — в критических ситуациях, когда счёт идёт буквально на минуты и от этого времени зависит жизнь человека, некогда искать в недрах Всемирной сети симптомы патологических состояний и средства первой помощи.

Именно поэтому мы всегда уделяем такое большое значение **повышению квалификации** врачей, оттачиванию теоретических знаний и практических умений. Мы постоянно говорим о важности **регулярного** чтения профессиональной литературы, посещения медицинских конференций и семинаров, прослушивания лекций ведущих экспертов науки и медицины. Все эти мероприятия существуют **не для галочки**, а потому что **знания — сила**. И чем чаще специалист будет погружаться «в море» информации (**доказанной, проверенной, экспертной!**), тем легче ему будет «плыть» в своей практической повседневности.

**Мы** постоянно твердим о важности **сохранения и укрепления репродуктивного потенциала** населения, продвигаем меры по снижению материнской и младенческой смертности, придумываем невероятные способы для повышения демографии. Мы активно боремся с **акушерской агрессией** и подчёркиваем, что нужно дорожить каждой беременностью и стремиться достичь благоприятного исхода.

Конечно, мы **не можем учесть и предусмотреть всё**. Пандемия COVID-19 в своё время потрясла медицинскую общественность, затронув практически каждого жителя планеты. Её неблагоприятные последствия мы разгребаем до сих пор, и неизвестно, как долго ещё будут откликаться эти осложнения.

Есть пациентки **группы высокого риска**, с гинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями, требующие пристального наблюдения специалистов на протяжении всего репродуктивного цикла — от подготовки к зачатию до пуэрперия. Есть **нерешённые и нерешаемые** (или очень трудно решаемые!) проблемы — преэклампсия, неразвивающаяся беременность, преждевременные роды. Всё это — наша **профессиональная повседневность**, в которой мы довольно успешно живём, спасая

[ Пациентки группы высокого риска, с гинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями, нерешённые и нерешаемые (или очень трудно решаемые!) проблемы — наша профессиональная повседневность. ]

жизни матерей и детей даже в кажущихся безвыходными ситуациях.

Однако на многое можно **успешно влиять**: правильно мыть руки (мы живём в XXI веке, по-прежнему продолжая пренебрегать элементарными гигиеническими процедурами!), соблюдать правила асептики и антисептики, своевременно выявлять и лечить инфекционно-воспалительные заболевания, **повышать медицинскую грамотность** самих пациенток в конце концов!

И мы никогда не должны забывать, что **нет ничего ценнее** здоровья и человеческой жизни.



Наверняка многие акушеры-гинекологи, особенно начавшие свою трудовую деятельность ещё во времена Советского Союза и ранней постсоветской России, сталкивались с ситуацией в своей практике, когда в анамнезе пациентки было **по 10–15 аборт**ов. Цифры ужасающие, но в те непростые периоды такое положение дел можно было объяснить дефицитом информации, а также контрацептивных препаратов. Первые высокодозированные гормональные средства вызывали немало ощутимых побочных эффектов у женщин, в связи с чем они отказывались принимать такие таблетки. Достать «резинотехническое изделие номер 2» также было нелёгкой задачей. Долгие годы элективные прерывания беременности, причём **самые опасные и калечащие** — кюреткой! — оставались самым распространённым способом регуляции репродуктивной функции.

Сегодня ситуация изменилась кардинальным образом. Казалось бы, у современных врачей и пациенток есть **всё для репродуктивного планирования**: информация любого рода — как бытовая, так и экспертная, — лучшие низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК), пластыри, кольца, инновационные внутриматочные устройства, спермициды и другие методы.

Однако что мы видим в статистических данных? Да, количество абортов снижается, но их **по-прежнему много** — по приблизительным подсчётам, **73 млн процедур** в мире ежегодно! По данным Всемирной организации здравоохранения, **45% из них небезопасны**, начиная от

различных серьёзных осложнений в виде инфекционно-воспалительных процессов и бесплодия в будущем до высокой вероятности материнской смертности<sup>1</sup>.

В России в последние несколько лет количество абортот составляет менее полумиллиона. Это большой успех, но для некоторых пациенток они и сегодня остаются одним из средств регулирования репродуктивной функции. Это **недопустимый факт**, бороться с которым невероятно сложно, несмотря на все предпринимаемые специалистами нашей отрасли меры.

Однако мы не планируем опускать руки и будем и дальше стоять на пути просвещения врачей и пациенток, искать новые пути для **профилактики абортот и минимизации их последствий**. Таковы

[ У современных врачей и пациенток есть всё для репродуктивного планирования. Количество абортот снижается, но их по-прежнему много — приблизительно 73 млн процедур в мире ежегодно! ]

наши цели, задачи и призвание. В любом случае пациентке нужна **адекватная реабилитация**, как медицинская, так и психологическая, что можно считать важной составляющей прегравидарной подготовки.



В женском организме **всё взаимосвязано**, и на течение гравидарного периода могут оказывать влияние самые разные факторы, даже, казалось бы, незначительные. Именно поэтому для здоровья будущей матери и её ребёнка может оказаться фатальным **любое расстройство**. Например, некоторые отклонения лабораторных показателей, которые в обычной жизни никак не повлияют на самочувствие, при беременности могут свидетельствовать об угрожающем жизни состоянии.

Возьмём **преэклампсию**. Хорошо знакома акушерам-гинекологам **триада симптомов** — артериальная гипертензия, протеинурия, отёки. Однако нередко к ним могут присоединяться **нехарактерные проявления**, которые возможно указывают на формирование полиорганной недостаточности.

Подтолкнуть к преэклампсии может всё, что угодно. В клинической практике описаны случаи, когда пусковым механизмом неблагоприятного акушерского исхода был обычный **кариес**. Пародонтопатогенные бактерии через кровоток проникают в полость матки и плацентарную ткань — вовремя не залеченный зуб или воспаление дёсен женщины могут стать **причиной гибели матери и плода**<sup>2,3</sup>.

В связи с этим хочу в очередной раз напомнить о **необходимости прегравидарной подготовки** для каждой потенциальной будущей матери — женщина должна вступать в беременность максимально возможным здоровом состоянии, и никакой ноющий зуб или кариес не должны омрачить этот важный этап её жизни.

Впрочем, здоровье ротовой полости и советы по уходу за ней оставим на откуп стоматологам, к которым мы обязаны отправить пациентку, готовящуюся к беременности, на консультацию и осмотр. Вспомним о подотчётной нам локализации — **шейке матки**. Воспалительные процессы в этой анатомической области, особенно во время гестации, представляют значительную угрозу. В числе причин острого цервицита — прежде всего инфекции (передаваемые половым путём и вагинальные), системные изменения, физические и химические воздействия, травмы цервикального канала. А далее — **восходящая инфекция**, затрагивающая матку и её содержимое, а именно плод, способствуя его внутриутробному инфицированию. Отсюда всё те же **акушерские трагедии**, иначе не назовёшь: недоношенность, рождение маловесных детей, мертворождение, риск интранатального распространения возбудителей.

В теории эта ситуация ясна: **есть инфекция — однозначно будут проблемы**. Распутывать этот инфекционный клубок нужно сразу, иначе, если упустить

время, можно не просто не найти концов, а подорвать здоровье, а то и поставить под угрозу жизнь сразу двух человек. Идеально, если меры будут приняты на этапе прегравидарной подготовки, когда исправить ситуацию можно максимально безболезненно. Однако если беременность уже наступила, то с учётом перинатальных рисков антимикробное вмешательство необходимо **на любом сроке гестации**. Благо современные препараты позволяют бороться с патологическими состояниями безопасно и эффективно.



Наше внимание к пациентке **не должно ограничиваться** только прегравидарной подготовкой, беременностью и благополучно завершившимися родами. Тем не менее пуэрперий может принести **немало опасных сюрпризов**. Отнесение женщины к низкой степени риска не гарантирует отсутствие осложнений в будущем.

Например, острый аппендицит — довольно распространённое явление у будущих матерей. Однако описаний клинических случаев этого патологического состояния у **рожениц и родильниц** значительно меньше. Вероятно, это связано с тем, что женщины много внимания уделяют новорождённому и позже обращаются за медицинской помощью, думая, что их болевые ощущения связаны с послеродовыми сокращениями матки и восстановлением организма после родов. Увы, такое промедление грозит развитием **запущенного процесса**.

Подобное произошло с пациенткой, клинический случай которой представлен на страницах текущего номера. После родов с матерью и ребёнком всё было благополучно, однако **на 5-е сутки** женщина почувствовала болезненные сокращения матки, а в анализах все показатели вышли за рамки нормальных значений. Как выяснилось, причина — острый гангренозно-перфоративный аппендицит (причём с периаппендикулярным абсцессом, в который были вовлечены отделы кишечника) и разлитой гнойно-фиброзный перитонит. А далее последовали тяжёлые операции, ударная антибиотикотерапия и длительный реабилитационный период.

Поскольку пациентка оставалась в тяжёлом состоянии, специалисты при-



## [ «Кобленцкий алгоритм», когда лечение раны происходит под воздействием отрицательного давления, впервые использован в лечении разлитого гнойно-фиброзного перитонита у рожильницы. ]

няли решение установить специальную вакуумную систему по «кобленцкому алгоритму», когда лечение раны происходит **под воздействием отрицательного давления**, то есть, по сути, вакуумом. Это уникальный для акушеров-гинекологов эпизод — метод, придуманный в 2010 году немецкими врачами, — используют преимущественно в военных-полевых условиях или в повседневной практике военных хирургов. Однако информации о применении такой техники в лечении разлитого гнойно-фиброзного перитонита у рожильниц в открытых источниках не было. Теперь — есть, и в копилке специалистов появился ещё один работающий способ сохранения жизни пациенткам.



Одна из главных проблем, мешающих своевременной диагностике и лечению заболеваний, особенно находящихся на стыке специальностей, — отсутствие **междисциплинарного взаимодействия и преемственности знаний**. Вывод очевиден: следует глубже погружаться в медицинскую науку, не стесняться консультироваться с врачами других направлений и в сложных случаях или при появлении тревожных подозрений направлять пациенток на приём к **профильным специалистам**.

Увы, нередко время бывает упущено. Иногда заболевание протекает бессимптомно на протяжении долгого времени, когда от его «источка» до фиксации окончательного диагноза проходит **5, а то и 15 лет!** Однако дело может быть не в отсутствии обследования женщин или невнимательности врача. Существуют проблемы, возникающие **на стыке специальностей**, когда конкретное патологическое состояние не входит в зону ответственности одного врача, а к другому больная по каким-то причинам не попала.

Только относительно недавно специалисты разобрались с ведением па-

циенток с заболеваниями молочных желёз, где обязанности врачей теперь **чётко разграничены**: рак — к онкологу, доброкачественная дисплазия молочной железы (ДДМЖ) — к акушеру-гинекологу. Однако в других «локациях» по-прежнему встречаются многочисленные затруднения. Например, кто должен лечить остеопороз — эндокринолог или акушер-гинеколог? А дерматологические проблемы интимной зоны кто — дерматовенеролог?

Тем не менее эти патологические состояния значительно ухудшают **качество жизни женщин**, что порой достигает масштабов личной драмы, — это важнейший аспект терапии наряду с избавлением от дискомфортных и мучительных симптомов. Именно поэтому мы как врачи должны прежде всего **обеспечивать излечение**, но и **не забывать о комфорте** пациенток. А это иногда очень просто решить. Приведу примеры из практики любого из вас. Вагинальная атрофия нивелируется применением увлажняющих вагинальных кремов — итогом становится уменьшение симптомов сухости и жжения на слизистой оболочке, восстановление комфорта в интимной зоне, улучшение сексуальных отношений. Преимущества КОК давно известны акушерам-гинекологам, и самые прогрессивные из них уже годами используют их неконтрацептивные свойства для решения косметологических проблем с кожей и волосами (акне, себорея, алопеция).

Одно из патологических состояний, находящихся на стыке специальностей, — **склероатрофический лихен**. Нередко врачи **неправильно опознают** его, принимая за инфекции, кандидоз-

ный вульвовагинит или даже симптомы менопаузы. Тем не менее типичные жалобы (выраженный зуд, болезненность, сухость слизистой оболочки вульвы и влагалища) причиняют женщинам значительный дискомфорт, особенно при прогрессировании заболевания, когда возникают гиперкератоз, трещины и рубцы.

Во многом именно от умения специалиста **проанализировать сходства и различия** симптоматики зависит точность и своевременность диагностики и, как следствие, адекватная тактика лечения. И здесь важны не только знания и опыт врача, но и его **профессиональное внимание** и человеческое участие.



Удивительно, как быстротечна жизнь и как быстро **инновационные открытия** могут стать обычной повседневностью или вовсе кануть в Лету. Например, в 1895 году Александр Попов продемонстрировал работу радио, а в Париже, в «Гранд-кафе» на бульваре Капуцинок, состоялся первый сеанс кинопоказа, прославивший создателей братьев Люмьер. Официальной датой основания интернета считают 29 октября 1969 года, когда состоялся первый сеанс связи и было передано сообщение на расстоянии 640 км. Тогда эти гениальные открытия не укладывались в голове, их считали **чудом, сказкой, подарком из космоса**, а сейчас любой житель не задумываясь пользуется этими достижениями в своём телефоне.

В медицине тоже были и есть **различные «чудеса»**: трансплантология, вспомогательные репродуктивные технологии, возможность делать операции на плоде и корректировать врождённые аномалии ещё задолго до рождения и даже **редактировать дефектные гены** — вот до чего дошла техника, наука и медицина. И всё это происходит не в фантастическом фильме, а в нашей с вами действительности.

[ Одна из главных проблем, мешающих своевременной диагностике и лечению заболеваний, особенно на стыке специальностей, — отсутствие междисциплинарного взаимодействия и преемственности знаний. ]

Эпоха генной инженерии, в которой мы живём, позволяет лечить врождённые заболевания, не поддающиеся хирургии, фармакотерапии и другим методам лечения. Да, это малодоступно, трудно и дорого, но по крайней мере это возможно! Конечно, по сравнению с историей мировой медицины это совсем молодая наука, но её развитие идёт семимильными шагами, возможно, позволит в скором времени лечить многих пациентов с наследственными, онкологическими, иммунными заболеваниями. В сфере репродуктивного здоровья есть разработки относительно генной коррекции, позволяющей минимизировать риски эндометриоза, миомы матки и рака репродуктивных органов.

Несмотря на такой глобальный технический прогресс, мы забываем о простых вещах. Мы умеем запускать ракеты в космос и «подкручивать» гены в нужную нам сторону, однако не научились правильно мыть руки и пренебрегаем элементарными правилами личной гигиены. А ведь, в частности, отсюда вырастает угроза сепсиса, средств для борьбы с которым скоро совсем не останется. Представьте, не прошло и 100 лет, как Александр Флеминг (Alexander Fleming) открыл пенициллин (а произошло это в 1929 году), а сегодня эта группа лекарственных средств, когда-то спасавших жизни, становится всё более бессильной под натиском возбудителей. Стремительно растущая антибиотикорезистентность — главный тревожный тренд последних лет, вызывающий обеспокоенность научного и медицинского сообщества во всём мире. Всего несколько лет назад эксперты говорили об «антибиотиковом запасе», которого хватит всего лишь на 50 лет. Сегодня учёные встревоженно называют сроки в 20, а то и в 10 лет. Лечить инфекции и сепсис будет просто нечем, и к 2050 году число обусловленных антибиотикорезистентностью смертей вырастет до 1,91 млн в год, а связанных с устойчивостью к противомикробным препаратам — до 8,22 млн в год<sup>1</sup>. Борьба с этим — важное направление, над которым тоже надо усердно работать.



В практике акушеров-гинекологов есть приспособления, облегчающие диагностические, лечебные и другие медицин-

ские манипуляции. Однако некоторые инструменты находятся на нелегальном положении, и их использование не прописано в официальной нормативной документации. Если при назначении лечебных мероприятий врачи ориентируются на клинические рекомендации, в которых по пунктам указаны применяемые группы лекарственных препаратов с указанием доз и продолжительности курса (в соответствии с инструкцией по медицинскому применению), то подогнать под какой-то стандарт использование гинекологических зеркал, расширителей и других устройств достаточно проблематично. В связи с этим многие медицинские изделия используют off-label.

Например, катетер Фолея, предназначенный для катетеризации мочевого пузыря, нашёл своё применение в акушерстве для подготовки шейки матки перед родовозбуждением, и его благо-

[ При назначении лечения врачи ориентируются на клинические рекомендации, но подогнать под стандарт использование гинекологических зеркал, расширителей и других устройств проблематично. ]

получно применяют с этой целью уже более 50 лет. Однако в отечественных клинических рекомендациях речь идёт о цервикальном дилатационном катетере, а это дорогостоящий иностранный инструмент, который доступен не всем и не всегда. Нарушают ли врачи закон, используя катетер Фолея в качестве более доступной альтернативы? Оставим этот вопрос для размышления. Впрочем, в протоколе по задержке роста плода упоминание катетера Фолея есть — при необходимости преиндукции родов беременной с задержкой роста плода для снижения риска гиперстимуляции.

Аналогичный дуализм (можно vs нельзя, разрешено vs запрещено) присущ и другим методам — слинговой тракции при дистонии плечиков, вакуум-экстракции плода, тампонаде матки при послеродовых кровотечениях, использованию сетчатых имплантатов в урогинекологической практике.

В кино мы часто видим, что спасти жизнь порой можно и с помощью под-

ручных средств. Герои фильмов нередко вытаскивают пулю, обработав ножницы водкой, вставляют футляр пишущей ручки в трахею задыхающегося человека и проделывают другие манипуляции в полевых условиях. Конечно, настоящая жизнь весьма далека от кинематографа. Однако с точки зрения практического опыта и здравого смысла я могу с уверенностью сказать: в экстренных случаях, когда речь идёт о спасении жизни и нет времени для ожидания специализированной медицинской помощи, врачи могут использовать любые доступные медицинские инструменты даже тем способом, который не предусмотрен инструкцией или клиническими протоколами. Главное, на что нужно ориентироваться, — интересы матери и её ребёнка, особенно если действия специалистов не создают рисков здоровью и жизни пациентов.



Ведение пациенток с ДДМЖ, иными заболеваниями молочной железы, а также профилактика рака молочной железы (РМЖ) — сфера ответственности акушеров-гинекологов. Это означает и организацию скрининговых мероприятий, и выявление факторов риска, и интерпретацию результатов инструментальных обследований, включая знание стандарта диагностики маммарных объёмных образований — системы BI-RADS.

Важно помнить, что раннее выявление предраковых состояний молочной железы и РМЖ совершенно необходимо для спасения женских жизней. В текущем выпуске журнала вы можете ознакомиться с гайджестом клинических рекомендаций по ДДМЖ. Как и другие сокращённые версии протоколов, он доступен в мобильном приложении SPNavigator. 

Библиографию см. на с. 82–86.