

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#1 [132] 02 / 2026 / StatusPraesens



тема
№

Терпение и труд на пути к результату

Эволюция мозга сделала менопаузу своеобразной платой за интеллект • «Приёмник»: когда рутина превращается в экстрим • Реализация полифенотипной алгологической симптоматики — маска, под которой может скрываться эндометриоз • Московский опыт: алгоритм прерывания беременности по медицинским показаниям при подтверждённых пороках или аномалиях развития плода



Уважаемые коллеги!



Думаю, все вы согласитесь с утверждением, что рождение детей — это не только **личное счастье** каждой женщины и её семьи, но и **стратегическая государственная задача**. Именно поэтому в основе работы всего медицинского сообщества лежит главная цель: чтобы молодёжь вступала в этот этап жизни здоровой, правильно информированной и мотивированной. Пожалуй, временные рамки можно расширить в силу объективных обстоятельств — всё более распространённого тренда на отложенное деторождение. Однако **посыл — неизменен**: здоровье будущих матери и отца. И здесь важная **точка приложения усилий** каждого из нас, врачей самых разных специальностей.

Ничуть не менее значим и тот факт, что семья была и остаётся главной **опорой** для человека, а дети — **будущим** нашей страны. Важно создать такие условия, чтобы рождение и воспитание детей было желанным, радостным и посильным для каждой семьи и чтобы таких семей становилось больше. В связи с этим понятия «пациентоцентричность», «пациентоориентированность — **не пустой звук**. Это **вектор** движения современной медицины, направленный на улучшение качества медицинской помощи пациенткам всех возрастных групп.

Помимо сохранения репродуктивного здоровья важно заботиться и о женщинах, которые **перешагнули рубеж** в 50–55 лет. В современных условиях они продолжают активно работать и участвовать в жизни своих семей и общества в целом. Уверена, что им требуется дополнительная поддержка, чтобы иметь возможность **жить полной жизнью**, чувствовать себя важными и нужными. «Здоровое долголетие», безусловно, нуждается в **осмыслении и профессиональной поддержке** каждым врачом. Основная проблема современной антивозрастной медицины — отнюдь не недостаток знаний, как долгое время было принято считать, а их избыток.

Сегодня **информации так много**, что не всегда получается отделить «знания» от «сведений». Именно эта стратегическая задача стоит перед авторами и редакционной командой каждого выпуска журнала StatusPraesens. И номер, который вы держите в руках, — не исключение. В нём есть и готовые клинические решения по самым разным темам отрасли, и приглашение к размышлению и дискуссии, есть факты, вызывающие удивление, и аргументы, подтверждающие собственные мысли каждого думающего врача.

Любая работа, любая профессия требует от человека **постоянного развития**. Если доктор перестал учиться, расти, он должен просто покинуть эту специальность и никогда ею не заниматься. Любая дорога — это постоянный поиск, совершенствование, бесконечная учёба. Очень приятно, когда на пути встречаются именно такие **увлечённые своим делом люди**: вы, коллеги, читающие профессиональную литературу, посещающие научные форумы, не останавливающиеся на достигнутом.

Главный врач Иркутского городского
перинатального центра им. М.С. Малиновского **И.В. Ежова**

Status

гинекология акуш

#1 [132] 02 / 2026 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (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@liq.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

Ответственный секретарь редакции: Надежда Михайловна Васильева

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, Никита Катаев, Ольга Быкова, Мила Мартынова, Ирина Козлова

Препресс-директор: Нелли Демкова

Художественный директор: Лина Тавдумадзе

Арт-директор: Латип Латипов

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скуточкина

Выпускающие редакторы: Марина Осипова, Виктория Либит

Инфографика и дизайн: Анна Ильина, Ирина Великанова, Елена Борисова

Корректоры: Елена Сосегова, 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» (105082, 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» (105082, 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 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 27 февраля 2026 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №30215. 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 Gemini (Paolo Valana). В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock.

© ООО «Статус презенс»

© ООО «Медиабюро Статус презенс»

© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007

maesen

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 им. Патриса Лумумбы, 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)
Белокрыницкая 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)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Густоварова Татьяна Алексеевна (Смоленск)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Давыдов Александр Ильгизирович (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазёрская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Конопляников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Кулешов Виталий Михайлович (Тюмень)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Кущенко Ирина Георгиевна (Томск)
Лебедеко 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)
Молчанова Ирина Владимировна (Барнаул)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
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)
Савельева Ирина Вячеславовна (Омск)
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)
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)
Хрянин Алексей Алексеевич (Новосибирск)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)
Юпатов Евгений Юрьевич (Казань)

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА



Труд, преодолевающий трудности

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о важности ежедневных усилий на пути к успехам в профессии

Врачи всех специальностей должны быть готовы к усугублению коморбидности и противостоять ей. Именно коморбидность — основной фактор риска сокращения продолжительности жизни. При этом «омоложение» четырёх основных неинфекционных пандемий — ожирения, анемии, сахарного диабета и артериальной гипертензии — всё чаще затрагивает женщин репродуктивного возраста, негативно влияя на фертильность и тем самым получая особое медико-социальное значение. Единственный путь к успеху — обеспечение междисциплинарности при ведении таких пациенток наряду с постоянным совершенствованием лечебных подходов.

14

НОВОСТИ

21

МЕДПОЛИТ

Без права на ошибку

Прерывание беременности по показаниям со стороны плода:
клинические, этические и правовые аспекты

Оленев А.С., Латышкевич О.А., Иванов А.В.

Современные методы диагностики позволяют верифицировать пороки развития плода и хромосомные аномалии задолго до рождения, что создаёт условия для применения методов фетальной хирургии или маршрутизации беременной в стационар, имеющий возможности для оказания всей необходимой помощи. Однако бывает и по-другому — когда прогноз для жизни ребёнка неутешителен. Как тогда должен поступать акушер-гинеколог, если в методических рекомендациях Минздрава РФ написано, что в таких случаях ему запрещено рекомендовать прервать беременность или излагать своё субъективное видение перспектив жизни семьи?

33

ЛЕХТ-ПРОСВЕТ



Фармакологический ребус

Выбор медикаментозной стратегии при эндометриозе

Оразов М.Р., Долгов Е.Д.

На протяжении нескольких лет не обновляют эпидемиологические данные, отражающие истинную распространённость эндометриоза. Известна только устоявшаяся цифра — 10% пациенток репродуктивного возраста. Однако эндометриоз «не дремлет», и эти показатели ежегодно растут в геометрической прогрессии! В связи с этим чрезвычайная нагрузка возложена на мировую систему здравоохранения и экономику. Болезнь сохраняет заслуженное «звание» глобальной медико-социальной проблемы, наносящей значительный урон не только казне различных государств, но и качеству жизни каждой женщины, которая с ней сталкивается.



Очно

8-я Общероссийская
научно-практическая конференция
акушеров-гинекологов

26–27 ноября 2026 года

Оттовские чтения
Санкт-Петербург



ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!

Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3,
НИИ акушерства, гинекологии
и репродуктологии им. Д.О. Отта



Регистрация на praesens.ru

+7 (495) 109 2627
8 (800) 600 3975



status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

39

VIA SCIENTIARUM



И стихнет жар, и жизнь наладится

Коррекция вазомоторных симптомов менопаузы: патогенетическая парадигма

Шестакова И.Г., Козлова И.С., Быкова О.А., Катаев Н.А.

Приливы жара, ночная потливость и хроническая бессонница — патологические симптомы, требующие особого внимания. Их запускает гормональный дефицит, который к тому же формирует долгосрочные риски для сердечно-сосудистой системы и костной ткани. Однако вопреки медико-социальной значимости проблемы большинство женщин остаются без эффективного лечения. Даже существование «золотого стандарта» в виде МГТ не меняет печальной статистики. Путь к облегчению дискомфорта продолжает быть тернистым, а врачи зачастую попадают в тупик, когда гормоны противопоказаны или пациентка от них отказывается.

47

РОДЗАЛ

Шесть этажей заботы

Наро-Фоминский перинатальный центр: фундамент успеха

Дьяконов С.А.

С 2014 года в рамках «Сочинских контраверсий» традиционно проходит переключка перинатальных центров. Постоянно совершенствуемые системы оценки показывают различия между учреждениями и регионами, а также «подсвечивают» те или иные аномальные отклонения в отдельных показателях. Меняются и системы оценки, и победители — нечасто одно и то же медицинское учреждение оказывается на вершине рейтинга. Именно поэтому несомненный интерес вызвали высокие показатели Наро-Фоминского перинатального центра: 2-е место в 2023 году, а в 2024 и 2025 годах — первенство среди городских перинатальных центров.

53

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ



Презумпция невиновности

Условно-патогенные микроорганизмы *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Ureaplasma parvum* в генезе патологических вагинальных выделений

Хрянин А.А., Катаев Н.А.

Вопрос о способности *M. hominis*, *U. urealyticum* и *U. parvum* выступать единственным агентом, вызывающим инфекционно-воспалительные состояния урогенитального тракта у женщин, до сих пор не закрыт. Эти микроорганизмы-комменсалы, которых иногда образно характеризуют как «микробов, состоящих на службе у болезни», занимают неопределённую нишу в практике врачей разных специальностей. Несмотря на их частую идентификацию, прямые доказательства этиологического значения этих видов при многих приписываемых им нозологиях продолжают вызывать активные дискуссии экспертов в профессиональном сообществе.

НОВОСИБИРСК
29–31 ОКТЯБРЯ 2026 ГОДА

8-й Общероссийский научно-практический семинар
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:
СИБИРСКИЕ ЧТЕНИЯ»

Новосибирск, ул. Челюскинцев, д. 11
Дворец культуры железнодорожников

ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!



Регистрация на praesens.ru

+7 (495) 109 2627
8 (800) 600 3975



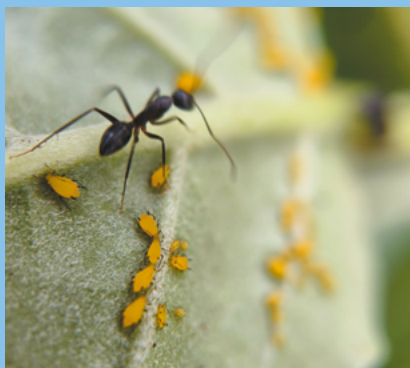
ОЧНО

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

61 BACK-UP



Тонкое искусство преодоления обстоятельств

Последствия бактериального вагиноза для беременности и репродуктивных исходов

Соловьёва А.В., Быкова О.А.

Современные специалисты уже достаточно хорошо изучили и причины выкидышей, и факторы риска. Но стало ли от этого меньше самих эпизодов прерывания гестации? Увы, нет. Значит ли это, что нам, врачам, придётся смириться с такой ситуацией? Совершенно точно — нет! Среди довольно внушительного списка виновников всё больше внимания занимает микробиом влагалища. Дисбиоз в значительной степени усиливает риск колонизации патогенами и восходящей инфекции, которая активирует иммунную и воспалительную системы, что в свою очередь приводит к сокращениям матки и ремоделированию плодных оболочек.

67 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

Инновации без профанации

Новые технологии в лечении и профилактике задержки роста плода и плацентарной недостаточности

Гребенщикова Л.Ю., Серова А.В., Захарова О.А.

В настоящее время для оценки состояния плода и уточнения перинатального риска практикующие специалисты используют достаточно широкий спектр ультразвуковых методов диагностики, кардиотокографию и ряд других исследований, позволяющих в совокупности оценить анатомические и функциональные особенности плода. Однако каждый врач знает, сколько нюансов нужно учесть, чтобы не ошибиться с верификацией, не поспешить и не опоздать с вмешательством. Помогут ли машинные алгоритмы или мы всё ещё зависимы от кругозора и врачебного чутья человека в белом халате?

75 CASUISTICA



На воротах

Алгоритм безопасного диагностического поиска

Князев С.А.

Большинство ординаторов и молодых врачей часто оказываются в приёмном отделении акушерского стационара в силу их слабого владения практическими навыками оперативного акушерства, небогатого клинического опыта и определённой «дедовщины», присущей любому коллективу, когда новобранцев посылают на рутинную работу. В родблоке «правят бал» опытные акушеры-гинекологи, приёмное «по умолчанию» считают менее сложным участком. Однако эта простота обманчива: в любой момент ситуация может радикально измениться, подняв градус ответственности до максимума.

80 ЛИТЕРАТУРА

Труд, преодолевающий трудности

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о важности ежедневных усилий на пути к успехам в профессии



Главный редактор, акад. РАН, проф.
Виктор Радзинский

«Терпение и труд всё перетрут» — поговорка, знакомая каждому из нас с детства. Наверняка многие слышали её от учителей или родителей, когда ленились делать уроки или выполнять задания по дому, и воспринимали как проявление укоризны и побуждение к действиям. Обычно этими словами взрослые как будто стараются заставить детей **двигаться к цели**. Однако истинный смысл этого изречения становится понятен лишь в более зрелом возрасте, когда уже достиг определённых высот, когда ценишь свои знания, опыт, достижения, когда завоевал уважение близких и коллег. Но сформировать **чёткие представления** об этиологии и патогенезе многих синдромов не так просто...

В современных условиях врачи всех специальностей должны быть готовы к **усугублению коморбидности** и противостоять ей. Именно коморбидность — основной фактор риска **сокращения продолжительности жизни** и ухудшения её качества. При этом «омоложение» четырёх основных **неинфекционных пандемий** — ожирения, анемии, сахарного диабета и артериальной гипертензии — всё чаще затрагивает женщин репродуктивного возраста, негативно влияя на фертильность и тем самым получая особое медико-социальное значение. Единственный путь к успеху — обеспечение **междисциплинарности** при ведении таких пациенток наряду с постоянным совершенствованием лечебных подходов.

Удивительно, насколько **далеко шагнула наука и техника**. Сегодня нас окружают вещи, которые нельзя было увидеть даже в самом фантастическом кино. И это наша реальность: «умный дом» стал повседневностью, можно управлять различными электронными девайсами на расстоянии из приложения одним нажатием кнопки, голосом или хлопком в ладоши. Не может не радовать, что гений инженерной мысли затронул и медицину — в настоящее время многие изобретения и аппараты используют на благо здоровья людей в лечебных учреждениях. «Роботы» выполняют сложнейшие хирургические операции, женщины могут сделать диагностические тесты (скрининг рака шейки матки, инфекций, преэклампсии) в **домашних условиях**.

[«Омоложение» **неинфекционных пандемий** — ожирения, анемии, сахарного диабета и артериальной гипертензии — всё чаще затрагивает женщин репродуктивного возраста, негативно влияя на фертильность.]

Придуманы даже «генетические ножницы», способные «отрезать» дефектные гены, ассоциированные с неизлечимыми наследственными заболеваниями (впрочем, пока эта разработка недоступна для широкого применения).

Кстати, про искусственный интеллект (ИИ). Оказывается, термину уже более 70 лет, хотя широкое распространение он получил только в последние годы. Сегодня нейросеть позволяет **определять редкие заболевания** и предлагает эффективные варианты лечения. Интеллектуальные системы также начали активно использовать в акушерстве и гинекологии — **для пренатальной диагностики** и оценки риска неблагоприятного перинатального исхода, в телемедицинских консультациях.

[Список нерешаемых проблем акушерства и гинекологии не мал: бесплодие, задержка роста плода, ранние потери беременности, преждевременные роды, преэклампсия, материнская и младенческая смертность.]

Однако можно ли полностью полагаться на компьютерный разум и сможет ли всемогущий ИИ заменить живых специалистов? Как всегда, важно **сохранять баланс**: слепо верить «нейронке», пожалуй, не стоит, но в каких-то ситуациях предложенные ею варианты натолкнут на верную мысль и помогут найти правильное решение. Хотя в интернете много курьёзных примеров того, как порой ИИ понимает задание **слишком буквально**, без учёта подтекстов и других особенностей. Так что пока **опыт, знания, широкий кругозор и чутьё** практикующего врача оказываются надёжнее, хотя современному доктору не стоит категорически отказываться от помощи системы машинного обучения, если этот инструмент может оказаться полезным. Например, если возьмёт на себя рутинные задачи и поможет **оптимизировать работу** акушера-гинеколога, сэкономяв ему время и силы: проанализирует данные пациенток в медицинских картах, рассчитает сложные показатели рисков преждевременных родов или преэклампсии, интерпретирует результаты исследований (ультразвукового, магнитно-резонансной томографии),

подберёт материалы для видеоконсультации. Специалисту, существующему в режиме **жёсткого цейтнота**, не стоит отказываться от такой помощи.



Представления врачей о **норме и нарушениях микробиоценоза** влагалища и вагинальных инфекциях, в том числе вызванных условно-патогенными микроорганизмами, весьма размыты. Микробный пейзаж интимной зоны чрезвычайно разнообразен, а вариативность его состава ещё более заметна при патологических состояниях. Во влагалище одновременно живут и взаимодействуют **сотни видов** бактерий и грибов, но далеко не все они **ассоциированы** с дисбиозами

и вагинитами. Однако обстоятельства, при которых патологический процесс может быть запущен, хорошо известны — снижение иммунитета, гормональный дисбаланс, приём некоторых лекарственных препаратов и, конечно, промискуитетное поведение, особенно если оно сопряжено с незащищёнными половыми контактами.

Уреаплазмы, микоплазмы — кто же они, **друзья или враги**? С одной стороны, *Ureaplasma spp.* и *Mycoplasma hominis* считают **частью нормального биоценоза** уrogenитального тракта многих здоровых женщин. Они — условно-патогенные представители биоценоза, населяют мочеполовую систему, при этом их можно передать посредством сексуального контакта. Вероятно, как самостоятельные единицы они безобидны, но в **специфических условиях**, особенно в высокой степени колонизации и в связке с другими комменсалами, они могут приводить к воспалительному процессу в уrogenитальном тракте и появлению симптомов. С другой стороны, есть данные об ассоциации этих микроорганизмов с **серьёзными перинатальными осложнениями**.

Позиции различных авторитетных отечественных и зарубежных медицинских организаций, занимающихся инфекционными заболеваниями, на этот счёт также **расплывчаты**. Одни считают, что высокая концентрация возбудителя на фоне выраженной симптоматики автоматически требует назначения антибиотикотерапии, другие — обходят конкретные вопросы лечения стороной, делая акцент на более тщательном обследовании. Однако как следует поступить акушеру-гинекологу в тот момент, когда на приём к нему придёт пациентка с очевидной проблемой, требующей решения, если в нормативных документах **нет конкретики и однозначных рекомендаций** по лечению? Ответственность здесь, конечно, лежит на лечащем враче, и ему необходимо задействовать **клиническое мышление**: глубоко проанализировать ситуацию, найти причинно-следственную связь, выявить главного виновника и уже на основании этого назначать лечебные мероприятия. Переход от диагностики к терапии не должен быть автоматическим — для начала важнее **комплексно оценить** здоровье женщины и состояние её вагинального биоценоза, учесть анамнез и симптомы.



Несмотря на космические достижения в науке, технике и медицине, остаются и **нерешаемые проблемы**, справиться с которыми не способна ни одна инновационная разработка. По крайней мере пока. Список таких **сложно управляемых** трудностей в акушерстве и гинекологии не мал: бесплодие, задержка роста плода, потери беременности на ранних сроках, преждевременные роды, преэклампсия, материнская и младенческая смертность — многие из них **слабо поддаются** любым профилактическим и лечебным мероприятиям. Сказать, что медики ничего не предпринимают для борьбы с этими состояниями, — несправедливо. Врачи хотя и самоотверженные профессионалы с уникальными знаниями и невероятным опытом, **делающие всё возможное** для сохранения и укрепления репродуктивного потенциала страны, но они, увы, не боги. Многие аспекты лежат вне плоскости наших компетенций, а на некоторые мы не в силах повлиять **из-за недостатка**

знаний. Не потому, что не хотим изучать предмет, а потому, что это открытия, которые только предстоит сделать.

Например, **эндометриоз** — одна из «болезней загадок и предположений» (Н.С. Бакшеев), вызывающая страдания миллионов пациенток во всём мире, и с каждым годом их становится всё больше. Это реальная **глобальная медико-социальная проблема**, влияющая и на жизни конкретных женщин, и на систему здравоохранения, и на экономику государств. Теорий возникновения этого патологического состояния много, но ни одну из них нельзя считать аксиомой. **Выявить его непросто** — порой годами оно скрывается «под маской» синдрома раздражённого кишечника, цистита и даже геморроя. Методы лечения хотя и известны, но они **лишь воздействуют на симптомы**, не влияя на причины болезни, которых мы не знаем. Однако все эти препятствия — не повод оставлять пациентку без медицинской помощи. Возможно, имеющиеся в настоящее время инструменты не смогут излечить эндометриоз полностью, но поддержать оптимальное состояние им под силу. А обеспечение хорошего качества жизни женщины с хроническим заболеванием (читай — **без боли!**) — одна из стратегических задач.



Ещё одна трудность, для преодоления которой у акушеров-гинекологов не так много рычагов влияния, — **задержка роста плода и плацентарная недостаточность**. У специалистов есть много методов для выявления этих патологических состояний — ультразвуковое исследование, фетометрия, доплерометрия, кардиотокография, неинвазивное пренатальное тестирование (НИПТ), амниоцентез, генетическое обследование. А именно для лечения способа пока не придумано. Работают **всего два** препарата — сульфат магния и ацетилсалициловая кислота, однако лишь как средства профилактики.

В мире ежегодно происходит **23 млн выкидышей**. Причины и факторы риска известны, но стало ли меньше потерь? Нет, не стало. Однако и смиряться с таким положением дел нельзя. И здесь в списке разнообразных виновников ситуации мы видим **нарушение вагинального микробиома**. Точные механизмы этой



[Многие пациентки отказываются от гормональной контрацепции и МГТ по незнанию — из-за страха нежелательных явлений, неэффективности и по другим необъяснимым и нелогичным причинам.]

порочной ассоциации пока до конца не изучены, но совершенно очевидно, что дисбиоз усиливает вероятность колонизации патогенами и восходящей инфекции, нарушает иммунные процессы и в конечном итоге приводит к сокращению матки и ремоделированию плодных оболочек. Бактериальный вагиноз — известный **агрессор репродуктивной системы**, нередко запускающий «снежный ком» проблем — преждевременные роды, выкидыши, воспалительные заболевания органов малого таза, эндометриты и другие неблагоприятные исходы. Иными словами, проблема **не только медицинская, но и социальная**, но далеко не всегда медики могут влиять на эти аспекты.

Мы часто говорили о том, что **лечить сексуальных партнёров** пациенток с бактериальным вагинозом **не требуется**, особенно при отсутствии симптомов. Однако появилось новое исследование, показавшее непререкаемость этого утверждения. Оказалось, что в группе лечения обоих партнёров по сравнению с контрольной, где терапию получали лишь женщины, отмечено статистически значимое снижение рецидивов заболевания. Конечно, это не повод срочно пересматривать схемы терапии, но это, коллеги, ещё одна **идея для размышлений и контраверсий**. К тому же история с рецидивами сама по себе непростая — виноватыми в таком развитии сюжета могут быть и биоплёнки, и неправильно выбранное лекарственное средство или устойчивость возбудителей к нему и недостаточная доза препарата либо несоблюдение назначений врача, в частности пренебрежение вторым этапом терапии, включающим использование пробиотиков.

Преодолевая пациентские возражения и установки, нехватку научных данных, отсутствие эффективных методов, мы должны **решать все эти нерешаемые проблемы**. А пока будем использовать те инструменты и возможности, которые есть сейчас, и это уже значительно больше, чем бездействие.



Медицина здорового долголетия — раздел науки, только **набирающий обороты**. Тем не менее уже появились отдельные anti-ageing-мероприятия, изданы и готовятся к выпуску книги, посвящённые антивозрастным программам, в номенклатуру медицинских специальностей вот-вот введут изменения, согласно которым выпускники лечебного и педиатрического отделений после прохождения подготовки в ординатуре по специальности «гериатрия» смогут оказывать услуги пациентам элегантного возраста.

Пристальное внимание к этому направлению оправдано в связи с **растущей продолжительностью жизни** населения, в частности женского. По данным за 2025 год, средняя продолжительность жизни россиянок достигла **78 лет**, и это, конечно, не предел. В планах правительства России в ближайшие годы повысить этот показатель. Однако целью должно стать не столько фанатичное достижение определённой возрастной отметки, сколько **сохранение и поддержание** других характеристик — физической активности, функциональной независимости, когнитивного благополучия (здорового ума и твёрдой памяти).

После выхода на пенсию (в нынешних реалиях это **60 лет**) женщина проживёт ещё **как минимум 20 лет**. Это время обидно называют периодом дожития, хотя современные возможности медицины позволяют сделать его **активным, интересным и насыщенным событиями**. Таким, что, перефразируя известную цитату из кинофильма, можно сказать: в 60 лет жизнь только начинается! Безусловно, в этот период для пациенток важно ощущать полноту жизни, а себя — нужными, красивыми, сексуальными. Они имеют на это право, и главное — это достижимо!

Впрочем, замедлять старение и готовиться к активной, «бьющей ключом» жизни на пенсии необходимо не по факту, а значительно раньше. Первые зво-

ночки могут появиться в **возрасте «40+»**, когда репродуктивная функция женщины начинает постепенно выключаться. Предпринятые именно в этот период действия **критически важны** с точки зрения подготовки к менопаузе и дальнейшей жизни в постменопаузе. Контролировать эту «точку отсчёта» должен акушер-гинеколог. Необходимо подобрать для пациентки контрацептивные препараты, защищающие от нежеланной беременности (если ей это необходимо), и впоследствии **плавно перевести** её на гормональные средства или их аналоги, облегчающие климактерические симптомы. Уже давно доказано, что подобным фармакологическим помощникам под силу не только купировать конкретные дискомфортные симптомы, но и **профилактировать различные состояния**, ассоциированные с возрастом и эстрогенодефицитом.

Наши современницы элегантного возраста имеют возможность пройти непростой период вхождения в новый этап безболезненно и без снижения качества жизни — у их предшественниц такого выбора, к сожалению, не было. Впрочем, **шлейф мифов и недоверия** к гормонам тянется до сих пор. Многие пациентки отказываются от гормональной контрацепции и менопаузальной гормональной терапии (МГТ) по незнанию — из-за страха побочных действий, неэффективности и по другим необъяснимым и нелогичным причинам. В России частота назначений МГТ едва достигает **6% (!)**, то есть доказанно работающий инструмент со здоровьем, просто не используют! **Борьба с гормонофобией** — ещё одна важная задача акушера-гинеколога: развеять страхи и сомнения, рассказать о преимуществах современных препаратов, убедить в их безопасности и необходимости, подобрать наиболее оптимальное средство. Это займёт совсем немного времени на приёме, но может подарить женщине **годы активной и благополучной жизни**.



Несмотря на строгий контроль качества медицинской помощи и реализованных программ модернизации лечебных учреждений, пользователи не совсем до-

вольны безупречностью оказываемых услуг. Например, **83% пациентских жалоб** связаны с **дефицитом или недостаточной компетенцией** медработников. Хотя, если сравнить с данными опросов 20-летней давности, доля довольных россиян выросла на 7%.

Так ли всё плохо на самом деле? Есть распространённая ситуация — **эффект выборочной обратной связи**, когда клиенты на волне эмоционального всплеска часто пишут отрицательные отзывы и жалобы, если их что-то не устроило, но если покупка или услуга понравились, то и писать смысла нет. В любом случае каждый негативный комментарий от пациентов — это **сигнал для проверки**, причём не с целью найти и наказать виновных, а для улучшения организации процессов и качества работы учреждения.

Впрочем, для подтверждения высокой квалификации российских врачей и признания их достижений учреждены различные конкурсы и премии, которые проходят с большим успехом. SP ежегодно проводит свой собственный медицинский «Оскар» на семинаре в Сочи — премию «Репродуктивное завтра России», где выбирают и награждают **лучших из лучших в профессии**. Ещё одно важное и полюбившееся акушерам-гинекологам мероприятие — **переключка перинатальных центров (ПЦ)**, целью которой становится не столько выявление победителей (хотя продемонстрировать результаты своей успешной работы всегда приятно), сколько желание обменяться с коллегами мнениями и эффективными решениями, касающимися жизни и здоровья матери и ребёнка.

Интересно, что год от года мероприятие становится более популярным — каждый раз **число участников увеличивается**, и многие центры участвуют в переключке не впервые. Это подтверждает живой интерес руководителей организаций и рядовых врачей к этой **созидательной** инициативе. Есть и лидеры, которые упорно держат пальму первенства на протяжении нескольких лет, а есть те, кто постепенно, шаг за шагом наращивает свои показатели и самосовершенствуется. Так произошло с Наро-Фоминским ПЦ, который уже второй год подряд занимает первое место среди городских ПЦ, хотя это-

му молодому учреждению нет и 10 лет! Поражают результаты работы организации. Так, в 2025 году здесь родилось **6667 детей** (рекомендуемое значение для ПЦ — 5000), доля кесарева сечения составила **25,6%**, а низкая доля, как известно, это свидетельство высокой квалификации ПЦ. Безусловно, это вызывает **глубокое уважение и радость** за коллег, чей тяжёлый и важный труд оценивают по достоинству.



Прерывание беременности — всегда **непростая клиническая ситуация** независимо от того, самостоятельно ли женщина приняла такое решение, потому что зачатие случилось незапланированно или на то есть медицинские показания,

[В случае выявления пороков развития и хромосомных аномалий плода врачу запрещено рекомендовать прервать беременность или излагать своё субъективное видение перспектив жизни семьи.]

когда беременность угрожает здоровью матери или у плода выявлены пороки, несовместимые с жизнью. Помимо медицинских аспектов, значение которых понимает любой практикующий специалист, существует ещё и **аспект этический**. Как сказать пациентке о необходимости прерывания гестации? Как всё правильно объяснить? На что имеет право акушер-гинеколог?

С одной стороны, ответ прост. В методических рекомендациях Минздрава РФ чётко написано, что в случае выявления пороков развития и хромосомных аномалий плода врачу **запрещено рекомендовать прервать беременность** (даже если прогноз для жизни и здоровья ребёнка неутешителен) или излагать своё субъективное видение перспектив жизни семьи. Нельзя намекать, уговаривать, приводить аргументы — это давление. Женщина **должна сделать выбор сама**, каким бы он ни был, и задача доктора — оказать ей помощь в дальнейшем. Решилась на аборт — сделать это наиболее безопасным способом и провести постабортную реабилитацию. Решила родить — вести беременность

в соответствии с нормативными документами.

Наука продолжает развиваться, и многие достижения стоит использовать с **предиктивной целью**. Появились свежие данные, что НИПТ может стать вариантом выявления спинальной мышечной атрофии. Известно также, что применение вспомогательных репродуктивных технологий значительно уменьшает вероятность наступления беременности плодом с хромосомными аномалиями, если выполнено преимплантационное генетическое тестирование. Не стоит списывать со счетов и возможности фетальной хирургии, с помощью которой успешно корректируют пороки ещё внутриутробно. Иногда решение находится даже из кажущейся нерешаемой ситуации.



Труд и трудность. Такие похожие по звучанию слова, но такие **разные по значению и смыслу**. Однако они взаимосвязаны: трудности побуждают к труду, а труд в свою очередь помогает преодолевать трудности. Без сложных случаев, критических ситуаций и нерешённых вопросов многие специалисты в области медицины не имели бы возможности расти над собой, добиваться успеха, набираться опыта.

Трудности закаляют, формируют характер, делают сильнее. Важно находить в себе силы преодолевать их, бороться, идти до конца, достигая цели, и это, кстати, тоже часть нашей работы и **большой труд**. И мы, врачи, вознаграждены за него умением найти выход из запутанных клинических ловушек, признанием коллег и, самое главное, сохранёнными здоровьем, благополучием и жизнью наших пациенток. Сил и успехов вам, дорогие коллеги! **SP**



Н О В О С Т И

Минздрав предлагает

На портале проектов нормативных актов идёт обсуждение новой инициативы Минздрава, касающейся **обновления номенклатуры специальностей и должностей** медицинских и фармацевтических работников¹.

В предлагаемом документе **впервые** упомянуты направления, **ранее не имеющие принадлежности** к медицинским: биология, психология, физика, эмбриология, логопедия. Кроме того, для специалистов с высшим образованием или прошедших дополнительное обучение предложены нейропсихология, физическая реабилитация, эргореабилитация, химическая экспертиза. В обсуждаемом номенклатурном списке появились и **совершенно новые** специальности. В частности, нутрициология, медицинский массаж (при наличии высшего профильного образования), нейропсихология и стоматологическое дело (фельдшер стоматологический).

Новыми также станут **«медицинская микробиология»** и ряд должностей, например, медицинский технолог, старший медицинский технолог, медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), старший медицинский лабораторный техник (старший фельдшер-лаборант), лаборант и старший лаборант. Это изменение затронет обладателей **среднего** образования по специальности «лабораторная диагностика» и профессиональной переподготовки по «медицинской микробиологии».

Ещё один проект касается **квалификационных требований** к медицинским и фармацевтическим работникам². В частности, обладатели специалитетов «Лечебное дело» и «Педиатрия» после прохождения подготовки в ординатуре по специальности «гериатрия» вправе занимать должность врача по **медицине зрелого долголетия**. Выпускники направления «педиатрия» могут работать **врачами приёмного отделения** (раньше

эту должность могли занимать только «лечебники»). Специальность «медицинская кибернетика» теперь позволяет трудиться на врачебных должностях как по прямому профилю — **кибернетика, так и статистиком или методистом**. Акушеры-гинекологи также могут пройти курсы повышения квалификации для получения возможности работы врачом **паллиативной медицинской помощи**.

Все проекты пока на этапе общественного обсуждения. Ожидаемая дата вступления документов в силу: 1 сентября 2026 года.

Контрацепция:

ВОЗ обновила позиции

В 2025 году эксперты ВОЗ выпустили обновлённое **(6-е) издание «Медицинских критериев приемлемости для использования методов**

[В 6-м издании «Медицинских критериев приемлемости для использования контрацепции» (2025) грудное вскармливание менее 6 нед после родов определено показанием к назначению пациентке инъекционных препаратов медроксипрогестерона ацетата и норэтистерона (категория 2).]



© Mark Tierney / Eszteribis/iStock

[Пациентки, принимающие индукторы СУРЗАЧ, в качестве экстренной меры контрацепции могут использовать КОК, а также средства с улипристала ацетатом и левоноргестрелом (категория 1).]

контрацепции»³. Авторы отмечают, что в основе нового документа лежала необходимость **актуализации** данных по темам, в рамках которых выявлены новые доказательства. В частности, были изучены вопросы использования контрацептивов, содержащих **только прогестины, кормящими** женщинами и применение внутриматочных систем у этой категории пациенток. Кроме того, экспертным советом были рассмотрены нюансы назначения гормональной контрацепции женщинам, получающим **антиретровирусную терапию**, аспекты до-контактной профилактики ВИЧ, **повторного** использования средств экстренной контрацепции и безопасности гормональных средств у женщин с воспалительными заболеваниями кишечника.

Напомним, что существует **четыре категории** приемлемости контрацепции.

- 1 — состояние, при котором нет ограничений к применению того или иного метода контрацепции. Метод можно использовать при любых обстоятельствах.
- 2 — состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск. В большинстве случаев этот метод можно использовать на практике.
- 3 — состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества метода. Как правило, такой метод не рекомендуют, если существуют другие, более приемлемые и доступные конкретной пациентке способы контрацепции.
- 4 — состояние, которое представляет неприемлемо высокий риск для здоровья при использовании данного метода контрацепции. Метод не рекомендуется к применению.

В сравнении с вариантом рекомендаций 2015 года такое показание, как **«грудное вскармливание»**, несколько изменило позиции. Так, если ранее вскармливание менее 6 нед после родов практически не рассматривалось

в контексте возможности назначения пациентке **инъекционных препаратов** медроксипрогестерона ацетата и норэтистерона (категория 3), то в новом документе подход экспертов изменился и в этом пункте уже фигурирует **категория 2**.

В вопросе **экстренной контрацепции** важно отметить, что в новом документе пристальное внимание уделено возможностям применения средств этой группы у пациенток, принимающих **индукторы СУРЗАЧ**. Это довольно обширная группа препаратов, включающая антибиотики, антиретровирусные и противосудорожные средства, а также растительные препараты на основе зверобоя продырявленного. Эти лекарства способны существенно образом влиять на эффективность гормонов в предотвращении нежеланной гестации. Теперь эксперты подтверждают (категория 1), что пациентки на фоне такой терапии в качестве экстренной меры профилактики **могут использовать** комбинированные оральные контрацептивы, средства с улипристала ацетатом и левоноргестрелом (ЛНГ). Эти же препараты отмечены преимущественными (категория 1) при необходимости экстренной контрацепции **более 1 раза** в течение менструального цикла.

В качестве **доконтактной профилактики ВИЧ** (и это понятие тоже впервые возникло в обновленном документе) нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы, в частности тенофовир-эмтрицитабин, для всех существующих методов контрацепции категоризированы как 1. В той же самой высокой категории оказались вагинальное кольцо с дапивирином и каботегравир (ингибитор интегразы).

[Для стартовой терапии при АД 140/90 мм рт.ст. и более показано назначение двух препаратов разных классов в виде комбинации с фиксированными дозами. Это ускоряет достижение целевых значений.]

В ситуации **высокого риска** ВИЧ-инфекции изменение статуса произошло в отношении препаратов медроксипрогестерона ацетата и норэтистерона (теперь категория 1), внутриматочные системы с медью и ЛНГ в документе 2015 года имели категорию 2, сейчас — 1.

В целом по большинству ранее существующих позиций эксперты ВОЗ оказались единодушны, **подтвердив постулаты** критериев 2015 года.

Цифры решают всё.

Или почти всё

В 2025 году Американская коллегия кардиологов (American college of cardiology, ACC) и Американская кардиологическая ассоциация (American heart association, АНА) опубликовали обновлённые клинические рекомендации по профилактике и лечению **артериальной гипертензии**⁴. Цель изменений — повышение эффективности контроля над главным **модифицируемым фактором** риска сердечно-сосудистых заболеваний.

В первую очередь в документе были пересмотрены целевые уровни артериального давления (АД). Теперь основной задачей терапии для всех взрослых пациентов заявлено достижение и поддержание показателя АД **ниже 130/80 мм рт.ст.** Некоторые исключения могут быть рассмотрены только для отдельных групп пациентов, таких как лица, нуждающиеся в паллиативном уходе, или беременные.

Немедленное начало медикаментозной терапии (в дополнение к изменению образа жизни) рекомендовано всем пациентам со средним АД 140/90 мм рт.ст. и более. При этом для стартовой терапии целесообразно назначение **двух препаратов разных классов** в виде комбинации с чётко фиксированными дозами. Это повышает приверженность лечению и значительно ускоряет достижение целевых значений.

При уровне АД 130/80 мм рт.ст. и выше эксперты рекомендуют использовать шкалу **PREVENT** с целью дальнейшего выбора тактики ведения пациентов. В случае если 10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний превышает 7,5%, следует немедленно начать лечение. При низком риске главный инструмент — модификация образа жизни. Основой немедикаментозной коррекции АД признаны **диета DASH** (большое количество овощей, фруктов и цельнозерновых в рационе), а также сокращение потребления соли, нормализация массы тела и умеренная физическая активность.

В документе представлена **новая классификация** уровней АД.

- Нормальное: менее 120/80 мм рт.ст.
- Повышенное: 120–129 мм рт.ст. систолическое и менее 80 мм рт.ст. диастолическое.
- Артериальная гипертензия 1-й стадии: 130–139/80–89 мм рт.ст.
- Артериальная гипертензия 2-й стадии: 140/90 мм рт.ст. и выше.

Эффективность контроля АД возрастает при привлечении специалистов разных профилей, в том числе фармацевтов, диетологов и социальных работников. При этом сам пациент становится полноценным членом такой **мультидисциплинарной команды**. Это связано с тем, что домашний мониторинг АД признан важным инструментом при условии использования валидированных манжетных устройств (применение безманжетных технологий пока не рекомендовано по причине недостаточной доказательной базы).

Обновлённые принципы отражают постепенное совершенствование подхода к лечению АГ — от фокуса на снижение АД до **активной превентивной стратегии**, направленной на минимизацию отдалённых последствий и улучшение долгосрочного прогноза здоровья пациентов.

Искусственная кровь: пойдёт всем

Переливание крови — одна из важнейших процедур экстренной медицины. Казалось бы, следование **строгим протоколам совместимости** должно быть единственно верным решением



© sergeyuzhov / Esenels/stock

[Эффективность контроля АД возрастает при привлечении специалистов разных профилей, в том числе фармацевтов, диетологов и социальных работников, а также при активном участии самого пациента.]

для всех случаев переливания. Однако обеспечение достаточного количества необходимой донорской крови не всегда выполнимая задача.

Решением этой проблемы занялась группа учёных из Японии. Их новаторское изобретение — искусственная **кровь, потенциально подходящая** для переливания реципиентам с любой группой крови⁵.

Везикулы гемоглобина (HbV) — очищенный и концентрированный раствор гемоглобина, заключённый в фосфолипидных везикулах (липосомах), защищающих организм от токсических эффектов молекулярного гемоглобина посредством липидного бислоя мембраны. Это имитация эритроцитов без антигенов систем групп крови.

Как отмечают авторы работы, такая синтетическая кровь может без потери

своих качеств **храниться до 2 лет** вне холодильника и до 5 лет в охлаждённом виде. Если сравнить с имеющимися сейчас препаратами донорских эритроцитов, срок хранения которых в специальных условиях не превышает 42 дней, **HbV открывает новые горизонты** и перспективы гемотрансфузии⁶.

Сейчас команда специалистов работает над изучением оптимальных доз раствора с искусственными клетками крови, проверяя не только эффективность такой гемотрансфузии, но и **безопасность** процедуры, без чего внедрение метода в клиническую практику невозможно.

О старте **II фазы** исследования было объявлено в январе 2026 года⁷. В исследовании принимают участие 16 здоровых добровольцев, разделённых на четыре группы. Дозировки препарата

варьируют от 100 до 400 мл, а скорость инфузии будет постепенно возрастать до 5 мл/мин. Основная цель этого исследования — выяснить, могут ли большие объёмы HbV привести к перегрузке сердца, повышению уровня липидов в крови или тяжёлым аллергическим реакциям у здоровых добровольцев.

Ещё одна задача стоит перед учёными в настоящее время: оценить влияние HbV на **стандартные претрансфузионные исследования**, в том числе на определение группы крови по системе ABO и резус-фактора (RhD), скрининг на антитела и перекрёстную совместимость.

Авторы исследования 2026 года пришли к выводу, что плазма, обработанная HbV, приобретает тёмно-красную окраску, что на практике мешает объективной оценке агглютинации⁸. В попытке преодолеть это препятствие была **предложена технология** ручной замены или автоматической промывки плазмы с HbV, что позволило восстановить прозрачность тестируемого материала без ущерба точности диагностики необходимых параметров совместимости.

Российское здоровье: реальность и перспективы

В декабре 2025 года специалисты аналитического центра ВЦИОМ опубликовали новые данные мониторинга **отношения россиян к системе здравоохранения**⁹. Ключевые выводы касались существенных различий в оценке удовлетворённости качеством медицинской помощи между жителями крупных городов и регионов. Об этом свидетельствует тот факт, что в Москве

[К сожалению, до сих пор самолечение остаётся наиболее стабильным по частоте выбора вариантом — около 35% граждан продолжают отказываться от помощи врачей в случае заболевания.]

и Санкт-Петербурге 66% опрошенных **устраивает** уровень здравоохранения, в то время как в городах с населением до 100 тыс. этот показатель составляет лишь 33%.

Тем не менее результаты не только указывают на **существующие недостатки**, но и подчёркивают **зоны роста**, целенаправленное воздействие на которые обеспечит выход здравоохранения на более высокий уровень. В первую очередь речь идёт о необходимых изменениях в кадровой политике.

Анализ показывает, что 83% жалоб связаны с **дефицитом** или недостаточной компетенцией медицинских работников, а 70% — с проблемами доступности услуг, такими как длительное ожидание или необходимость поездок в другие населённые пункты. **Качество медицинской помощи** упоминается лишь в 23% случаев, а оснащённость учреждений — в 9%.

Нельзя не отметить **положительную динамику**. За 19 лет наблюдений доля россиян, довольных оказываемыми услугами, **выросла** на 7%. Эти цифры свидетельствуют об эффективности части реализованных программ модернизации.

Число **обращений в государственные** медицинские учреждения снизилось с 2015 по 2025 год с 52 до 41%. А вот со стороны **частных** клиник был продемонстрирован рост этого показателя с 6 до 17%.

Самолечение остаётся наиболее стабильным по частоте выбора вариантом — **около 35%** граждан продолжают отказываться от помощи врачей в случае заболевания. При этом выявлена корреляция между социально-экономическим

статусом и моделью поведения. Среди обеспеченных россиян самолечением занимаются 29%, тогда как среди лиц с низким доходом этот показатель составляет 42%.

Результаты мониторинга аналитического центра ВЦИОМ были опубликованы за неделю до представления Минздравом РФ **стратегии развития здравоохранения до 2030 года**¹⁰. В этом документе параметр удовлетворённости населения уровнем медицинских услуг зафиксирован в 53,9%. Стратегия предусматривает и перспективные направления развития, в частности, совершенствование инфраструктуры лечебно-профилактических учреждений, материально-технической базы и цифровизации услуг, что в полной мере соответствует мировым тенденциям в модернизации медицинской помощи.

Один из наиболее обнадёживающих факторов — **кадровое обновление** отрасли. По данным стратегии, впервые в систему здравоохранения пришли более 12,5 тыс. молодых специалистов, что создаёт основу для повышения качества услуг и внедрения современных медицинских практик.

Признание территориальных различий в доступности медицинской помощи открывает новые перспективы для адресной поддержки. Представленная стратегия-2030 чётко выделяет **отдалённые населённые пункты** как **приоритетное** направление, что позволит разработать конкретные программы, направленные на **выравнивание качества услуг** по всей стране.

Полученные ВЦИОМ данные вполне могут стать **фундаментом** для дальнейшего повышения эффективности системы здравоохранения и уровня доверия к ней граждан, в том числе за счёт реализации предложенной системы усовершенствования медицинской службы. **SP**

[66% опрошенных ВЦИОМ жителей Москвы и Санкт-Петербурга устраивает уровень здравоохранения, в то время как в городах с населением до 100 тыс. этот показатель составляет лишь 33%.]

Программа мероприятий здесь



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА-ИНТЕНСИВ

УЗИ

КАЖДОМУ АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

2026



**Емельяненко
Елена Сергеевна,**

канд. мед. наук,
дипломированный эксперт
мирового уровня (диплом
высшего международного
образца Фонда медицины плода,
Diploma in Fetal Medicine, FMF),
руководитель Комитета МАРС
по пренатальной УЗ-диагностике

КУРС ПЕРВИЧНОГО ПОГРУЖЕНИЯ

- Для специалистов, делающих первые шаги в УЗИ (в акушерстве, гинекологии, маммологии).
- Базовые знания по УЗ-исследованию.
- Для акушеров-гинекологов, получивших второй сертификат специалиста по УЗ-диагностике.
- Практические занятия на УЗ-системе для отработки полученных знаний.
- Проверка домашних заданий + методические материалы.
- 8 занятий по четвергам и субботам.
- **ОНЛАЙН**

ИНТЕНСИВНЫЙ МАСТЕР-КУРС

- Для опытных врачей.
- Глубокое 2-дневное погружение в нюансы УЗИ.
- Интеллектуальное казино – разбор клинических случаев в формате игры.
- Наиболее сложные темы в практической работе акушера-гинеколога.
- **ОЧНО И ОНЛАЙН**

1-й блок:
15 и 17 октября

2-й блок:
22 и 24 октября

3-й блок:
29 и 31 октября

4-й блок:
5 и 7 ноября

Погружение №3
5–6 сентября
СОЧИ



StatusPraesens

МЕД ПОЛИТ

Для библиографических ссылок

• Оленев А.С., Латышкевич О.А., Иванов А.В. Прерывание беременности по показаниям со стороны плода: клинические, этические и правовые аспекты // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2026. — №1 (132). — С. 21–28.

без права на ошибку

Прерывание беременности по показаниям со стороны плода:
клинические, этические и правовые аспекты



Авторы: Антон Сергеевич **Оленев**, докт. мед. наук, главный внештатный специалист по акушерству Депздрава г. Москвы, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ №31 им. Г.М. Савельевой, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета Медицинского университета МГИМО-МЕД, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии МИ РУДН им. Патриса Лумумбы; Олег Александрович **Латышкевич**, канд. мед. наук, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Депздрава г. Москвы, доц. кафедры акушерства и гинекологии им. Г.М. Савельевой ИМД РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Александр Васильевич **Иванов**, директор по развитию ГК StatusPraesens, руководитель Комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности МАРС (Москва)

«Предупредить болезнь легче, чем её лечить» — фразу, приписываемую Гиппократу, мы давно привыкли считать аксиомой, не требующей доказательств. Но всегда ли это действительно так? Насколько просто принять «превентивное» решение, когда речь идёт о **пороках развития плода, несовместимых с жизнью** или приводящих к стойкой утрате функций организма будущего ребёнка? Какая роль отведена в такой ситуации врачам? Что они могут, что должны и чего не вправе делать?

Российское здравоохранение демонстрирует серьёзные **успехи в снижении младенческой смертности**: по словам министра здравоохранения РФ М.А. Мурашко, в декабре 2025 года этот показатель составил **3,6‰**, а в 15 регионах-лидерах — менее **2,5‰**¹. И хотя **врождённые аномалии, деформации и хромосомные нарушения** занимают **второе место** в структуре её причин, их доля медленно, но умень-

шается (за 10 лет — с 21,1 до 19,4%)². Положительную динамику демонстрирует и численность впервые признанных **инвалидами** детей с такими состояниями (9860 человек в 2024 году против 14 969 в 2014 году)³.

Современные методы диагностики позволяют **верифицировать пороки** развития плода (ПРП) и хромосомные аномалии (ХА) задолго **до рождения**, что создаёт условия для применения

[Современные методы диагностики позволяют верифицировать ПРП и ХА задолго до рождения, что делает возможными применение методов фетальной хирургии и правильную маршрутизацию беременной.]

Хотели как лучше...

Термином «евгеника», означающим в переводе с древнегреческого «породистость», мы обязаны двоюродному брату Чарльза Дарвина (Charles Darwin) — Фрэнсису Гальтону (Francis Galton). Вундеркинд, научившийся читать в 2 года и с 5 лет знакомый с латынью и древнегреческим, вырос в эрудита, занимавшегося метеорологией, статистикой, биологией, психологией, криминалистикой и даже географией⁹. В 1859 году вышла книга Ч. Дарвина «Происхождение видов», и Ф. Гальтон увлёкся изучением наследственности у животных и у людей — с целью улучшения их качеств.

После работ «Наследственный талант и характер» (1865) и «Наследование таланта» (1869) в 1883 году был опубликован его труд «Исследование человеческих способностей и их развития», где был впервые использован термин «евгеника». Ф. Гальтон определял её как науку о выведении новой породы, наделённой благородными качествами, в равной степени применимой к людям, животным и растениям.

Идея о денежном поощрении ранних браков между детьми из семей, обладающих интеллектуальными и физическими достоинствами (для получения «качественного» потомства), несколько шокировала современников, однако Ф. Гальтон просто не обращал на это внимания — исследования, которые сегодня назвали бы «троллингом», учёный проводил и ранее. Так, в 1872 году он опубликовал результаты изучения эффективности молитв: был сделан вывод, что продолжительность жизни от них не увеличивается, а тяжесть болезни уменьшается¹⁰.

Но вернёмся к евгенике. После публикации работ Ф. Гальтона сторонников улучшения людей становилось всё больше, и на стыке веков **евгенические общества** возникали по всему миру. В фокусе внимания находились антиподы «идеального» человека — душевнобольные, асоциальные индивидуумы и т.п. Как подчёркивал основатель учения, «евгеника ни в коем случае не ограничивается вопросом о правильном спаривании... но главным образом... изучает все влияния, которые улучшают расу, и эти влияния стремятся усилить, а также все влияния, ухудшающие расу, и их стремится ослабить»¹¹.

Поначалу способы «улучшения человеческой породы» выглядели скорее курьёзными, нежели зловещими: один из основателей советской генетической школы, проф. Ю.А. Филипченко предлагал «поощрение размножения интеллигенции»¹², а известный врач Л.М. Василевский считал, что «евгенист может мириться с вступлением в брак мужчины не моложе 20 и женщины не моложе 18 лет»⁷. Однако уже в начале XX века в разных странах начали принимать законы, допускавшие сначала добровольную, а потом и принудительную стерилизацию лиц, считавшихся «неполноценными». Затем в нацистской Германии перешли к **системному физическому уничтожению** «загрязняющих расу» (исходя из таких критериев, как «неизлечимое заболевание», «наследственная предрасположенность», «асоциальность» и «расовая принадлежность»)¹³. Программы ликвидации предполагали участие в них врачей, часто решавших судьбу человека после беглого просмотра истории болезни. Открывшиеся после Второй мировой войны подробности и масштабы — число жертв исчислялось сотнями тысяч — привели многих исполнителей на скамью подсудимых, а евгенику — к отторжению обществом.

[При неутешительном для плода прогнозе дело врачей — помочь женщине сделать самостоятельный осознанный выбор и, если она решит прервать беременность, выполнить медицинское вмешательство.]

методов **фетальной хирургии** или **маршрутизации беременной** в акушерский стационар, имеющий возможности для оказания новорождённому всей необходимой помощи. Однако бывает и по-другому, когда **прогноз для жизни ребёнка неутешителен**. Как тогда должен поступать акушер-гинеколог, если в методических рекомендациях Минздрава РФ написано, что в таких случаях ему **запрещено рекомендовать прервать беременность** или излагать своё субъективное видение перспектив жизни семьи⁴?

Выступая на заседании Совета по реализации государственной демографической и семейной политики в октябре 2025 года, президент России сказал чрезвычайно важную вещь: «В этой сфере не может и не должно быть **никакого давления**. Решение о рождении ребёнка, безусловно, частное, **личное дело каждого** человека, каждой семьи»⁵. Дело врачей — помочь женщине сделать **самостоятельный осознанный выбор** и, если она решит прервать беременность, выполнить медицинское вмешательство *lege artis* — строго соблюдая технологию.

Первые попытки

В древности задача предугадать рождение нежизнеспособного или неизлечимо больного ребёнка была невыполнимой — **решение** о его судьбе принимали только **после появления на свет**, исходя из явных внешних признаков. Всем нам хорошо известен миф о спартамцах, сбрасывавших слабых младенцев со скалы (против которого, впрочем, возражают современные исследователи⁶). Однако даже тогда подобный подход не был единодушным: Платон ссылался на Асклепия, говоря, что лечить нужно только сильных и крепких, тогда как Пифагор считал, что люди должны нести бремя **ухода за калеками**⁷.

Важной вехой стало понимание **законов наследственности**: ещё Гиппократ подметил, что «от флегматика родился флегматик, от желчного — желчный, от чахоточного — чахоточный»⁸. Тем не менее попытки **предотвратить передачу болезни потомству** получили распространение только в «новое время». До этого церковь препятствовала лишь близкородственным бракам, в которых видели грех кровосмешения.

Наглядной иллюстрацией сказанному можно считать указ Петра I от 6 апреля 1722 года «О свидетельствовании дураков в Сенате», гласивший: «Которые ни в науку, ни в службу не годились, и впредь не годятся, отнюдь жениться и замуж иттить не допускать...»¹⁴ К уже родившемуся большому государю предписывал относиться гуманно: «о подтверждении повивальным бабкам, под смертною казнию, чтобы они **младенцев, рождённых уродами, не убивали**», «а объявляли о них священникам...»¹⁵.

И всё же профилактика рождения детей с аномалиями развития была непоследовательна и хаотична. Так продолжалось до середины XIX века, когда появилось научное направление под названием «евгеника», получившее поначалу широкую поддержку в разных странах.

Прогресс не остановить

Разочарование в евгенике и подобных способах «профилактики» побудило к **поиску методов антенатальной диагностики** и максимальному **щадящим вариантам прерывания беременности** с неблагоприятным прогнозом для жизни будущего ребёнка.

До 1970-х годов **показаниями для искусственного аборта** со стороны плода были не конкретные аномалии, а лишь **риск заболеваний, передающихся по наследству**, большинство из которых не грозили смертью сразу после рождения (гемофилия, идиотия, генуинная эпилепсия, тяжкие формы шизофрении или маниакально-депрессивного психоза, болезни глаз, ведущие к слепоте, глухонмота, прогрессирующая мышечная атрофия, атаксия и т.д.)¹⁶. **Был ли большим плод, изгнанный из матки, не знал никто**. Полной неожиданностью становилось и появление детей с тотальной гипоплазией лёгких вследствие диафрагмальной грыжи, погибавших после пересечения пуповины.

Первые попытки визуализации плода были предприняты с появлением **рентгеновских снимков**¹⁷. Качество изображений оставляло желать лучшего, но определённые успехи всё же были: в 1917 году американский хирург

Джеймс Томас Кейс (James Thomas Case) опубликовал сообщение о случае **антенатальной диагностики анэнцефалии**, подтверждённой после родов¹⁸. Дальнейшему развитию метода помешало несколько обстоятельств: во-первых, в приемлемом качестве костные структуры плода визуализировались лишь **в III триместре**, а во-вторых, стало известно о **небезопасности** рентгеновского излучения.

[Применение вспомогательных репродуктивных технологий существенно снижает риск наступления беременности плодом с ХА при использовании преимплантационной генетической диагностики.]

Следующим шагом стали попытки рассмотреть эмбрион с помощью **гистероскопа**: публикация Бьёрна Вестина (Björn Westin) на эту тему появилась в журнале Lancet в 1954 году¹⁹. Через некоторое время наблюдение стали сочетать с некоторыми другими процедурами — сначала с диагностическими (биопсия хориона), а в дальнейшем и с хирургическими^{20,21}. Но для популяционного скрининга метод этот не годился — из-за высокой стоимости, сложности и **потенциальных рисков**²².

Впечатляющую эволюцию проделал метод **гиперфонографии**, известный нам сегодня как **УЗИ**. В медицине его впервые применили братья Карл и Фридрих Дуссики (Karl Dussik, Friedrich Dussik) в 1948 году — для визуализации желудочков головного мозга²³. Уже в 1958 году шотландский врач Иан Дональд (Ian Donald) представил **изображение 14-недельного эмбриона**²⁴.

Всего за пару десятилетий технический прогресс превратил огромный прибор (более двух метров в высоту!) в компактный аппарат, позволяющий выполнять **трансвагинальные исследования**; с каждым годом повышались его **разрешающая способность** и, как результат, **качество изображения**. Всё это в сочетании с неинвазивностью, невысокой себестоимостью и комфортностью для пациентки вывело **УЗИ** на позицию **основного метода раннего выявления аномалий** развития плода. Инвазивным методам (фетоскопии, амниоцентезу,

биопсии хориона) осталась роль подтверждения ПРП.

Амниоцентез проложил путь к генетической диагностике: околоплодные воды содержали фетальные клетки, в которых изначально определяли лишь половые хромосомы (для диагностики заболеваний, сцепленных с полом). В 1966 году Марк Стил (Mark Steele) и Рой Брег (Roy Breg) опубликовали в журнале Lancet статью о карiotипировании кле-

ток плода, позволившем определять носителей трисомий — синдромов Дауна, Эдвардса и др.²⁵ Уже в следующем году появилось сообщение о **прерывании беременности после получения данных о ХА** плода²⁶.

Биопсия хориона, позволившая проводить диагностику в I триместре, была дополнена **неинвазивным пренатальным тестом (НИПТ)**, основанным на анализе внеклеточной ДНК плода, циркулирующей в крови беременной. Технологии продолжают развиваться — в 2026 году появилась публикация о возможностях НИПТ для диагностики спинальной мышечной атрофии²⁷. Применение вспомогательных репродуктивных технологий существенно снижает риск наступления беременности плодом с ХА при использовании **преимплантационной генетической диагностики**.

Сегодняшние алгоритмы

В нашей стране **ключевые положения**, касающиеся искусственного аборта, регламентирует **Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»** (далее — Закон №323-ФЗ), приказы Минздрава РФ и клинические рекомендации (КР) «Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода и антенатальной гибели плода»²⁸.

КР лишь конкретизируют отдельные моменты, связанные с подготовкой и выполнением вмешательства, а также с реабилитацией пациентки. Существуют также региональные нормативные правовые акты, регулирующие организацию пренатальной диагностики (например, приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 30 декабря 2025 года №1418).

Согласно ст. 56 Закона №323-ФЗ, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям возможно на любом сроке беременности. Перечень таких показаний был утверждён приказом Минздрава России №736 ещё в 2007 году²⁹; в отношении врождённых аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений сказано, что «вопрос о прерывании беременности решается индивидуально консилиумом врачей» (единственное исключение — ХА, подтверждённые кариотипированием плода, для которых консилиум в сроке до 22 нед не упомянут).

Отметим, что в марте 2025 года на федеральном портале проектов нормативных правовых актов был размещён проект нового перечня (ID 155512)³⁰, в который включён код МКБ-10 O35 «Медицинская помощь матери при аномальных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода» с примечанием «в ситуациях, когда существует высокая вероятность серьёзных угроз для жизни и здоровья новорождённого». Согласно пояснительной записке, поскольку речь идёт о состояниях с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребёнка после рождения, «принятие приказа... не может повлечь дополнительные риски, связанные с ростом детской инвалидности и увеличением числа брошенных детей».

Общий алгоритм действий прописан в Порядке оказания акушерско-гинекологической помощи, вступившем в силу в январе 2026 года (Порядок 747н)³¹. Исключить или заподозрить ПРП или ХА — задача пренатального скрининга, который проводят трижды (с 11 по

[В конце XX века УЗИ стало основным методом раннего выявления аномалий развития плода. Инвазивным методам (фетоскопии, амниоцентезу, биопсии хориона) осталась роль подтверждения ПРП.]

13 нед 6 дней, с 18 по 20 нед 6 дней и с 34 по 35 нед 6 дней). Если при скрининговом УЗИ I триместра ПРП не выявлен, но расчётный индивидуальный риск рождения ребёнка с ХА оценивается как высокий (1:100 и выше) или средний (от 1:101 до 1:1000), то беременной показано выполнение НИПТ (исключение — наличие более двух плодов при многоплодии). Кроме того, пациенток из группы высокого риска направляют в отделение антенатальной охраны плода медорганизации III уровня на повторное скрининговое УЗИ I триместра и перерасчёт индивидуального риска.

Если высокий риск рождения ребёнка с ХА подтверждён результатами повторного скринингового УЗИ I триместра либо УЗИ II триместра либо НИПТ, а также при ПРП (выявленных при УЗИ) или при повышенном риске моногенной и (или) ХА у плода по данным анамнеза, должна быть проведена инвазивная диагностика: биопсия хориона или плаценты, амнио- или кордоцентез. Показания к выполнению этих вмешательств совместно определяют врач-генетик и акушер-гинеколог КДО перинатального центра (ПЦ), медико-генетической консультации (центра) или АДКЦ.

При подтверждении подозрений лечащий врач направляет беременную в ПЦ на перинатальный консилиум, который проводят не позднее 7 календарных дней со дня установления диагноза. Руководит консилиумом зам. главного врача ПЦ; к участию в работе, помимо акушера-гинеколога, привлекают (в том числе с помощью телемедицинских технологий) специалистов по профилю заболевания или состояния плода, неонатолога, генетика, врача УзД. Кроме того, могут быть при-

глашены специалист по социальной работе (для информирования женщины о мерах социальной поддержки и ранней помощи) и юрист (для консультирования по правовым вопросам). Порядок 747н не требует обязательного присутствия медицинского психолога, однако мы считаем психологическое сопровождение таких пациенток необходимым. В КР указано, что по желанию беременной её может сопровождать супруг или партнёр.

Главная цель перинатального консилиума — определение дальнейшей тактики, исходя из прогноза для жизни и здоровья плода, а также возможности коррекции выявленного заболевания (состояния). Согласно Порядку 747н, консилиум руководствуется следующим:

- если возможна внутриутробная хирургическая коррекция ПРП, беременную направляют в медорганизацию, оказывающую соответствующую медицинскую помощь;
- если новорождённому потребуются плановая хирургическая помощь в раннем неонатальном периоде, беременную маршрутизируют для родоразрешения в медорганизацию, имеющую лицензию на работы (услуги) по детской хирургии (или сердечно-сосудистой хирургии), в структуре которой создан ПЦ;
- если новорождённому потребуются экстренное хирургическое вмешательство, беременную направляют на родоразрешение в ПЦ, в котором возможно оказание такой помощи (в том числе с привлечением специалистов из других медорганизаций), или в ПЦ, имеющий в своей структуре отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых с экспресс-лабораторией и оснащённый автомобилем скорой медицинской помощи класса «С» для медицинской эвакуации ребёнка в медорганизацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «детская хирургия» (или «сердечно-сосудистая хирургия»).

[При неблагоприятном прогнозе для жизни ребёнка, а также при аномалиях, приводящих к стойкой потере функций организма, беременная принимает решение о сохранении или прерывании беременности.]

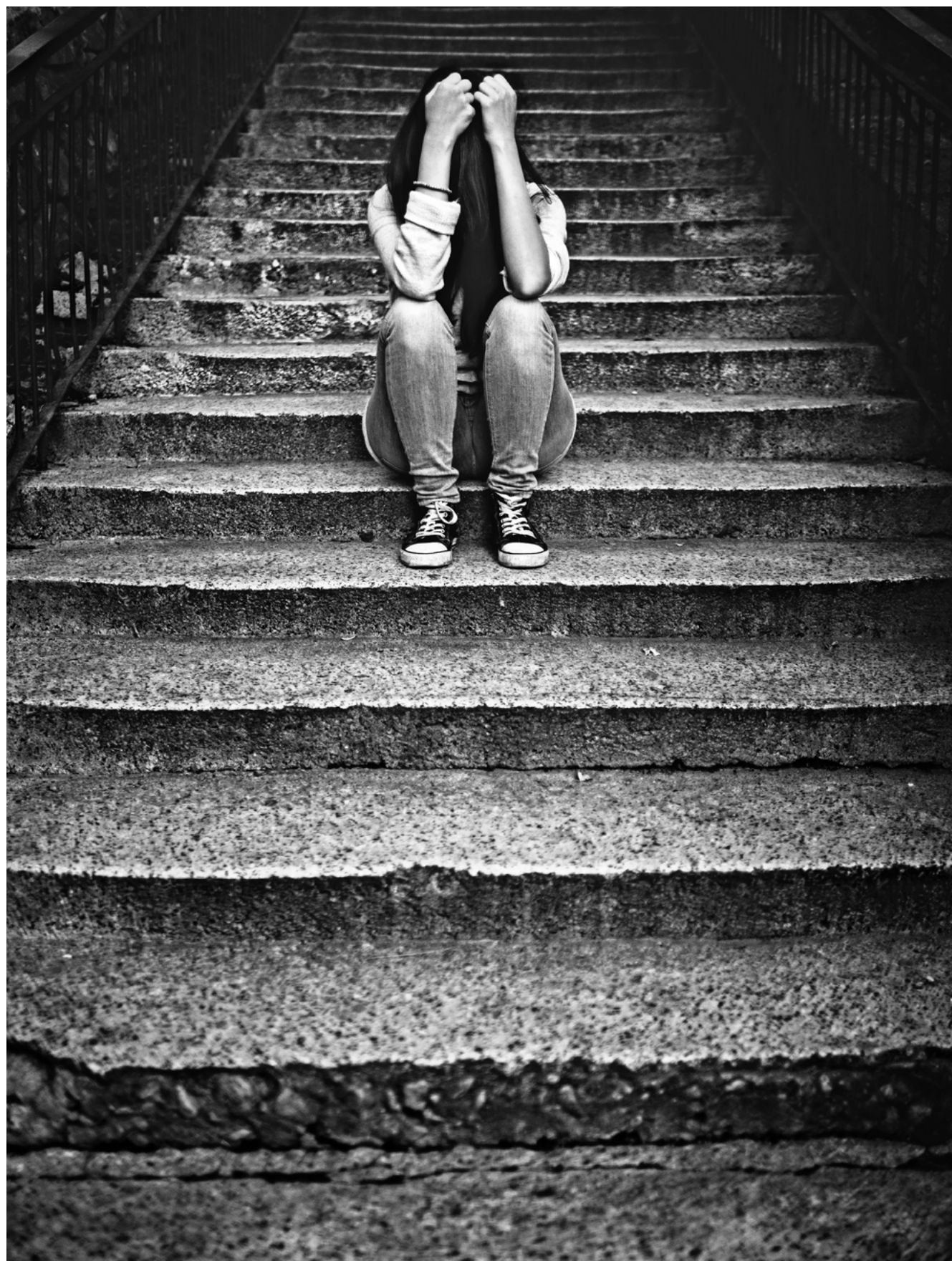


Таблица 1. Организационная модель процедуры элиминации плода (фетоцида)

Ответственный	Действие
<p>Врач акушер-гинеколог (лечащий врач отделения патологии беременности)</p>	<p>Первичный осмотр, назначение 10% р-ра калия хлорида внутривенно (указать «плоду при элиминации») в дозировке в зависимости от срока беременности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • менее 14 нед — 0,75–3 мл; • 14–28 нед — 4,5–15 мл; • более 28 нед — 7,5–15 мл. <p>Антибиотикопрофилактика: цефалоспорины 1-го поколения. При селективном фетоциде: цефазолин 2 г за 30 мин до манипуляции*.</p> <p>Оформление:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ИДС на медицинское вмешательство по проведению искусственного прерывания беременности. • ИДС на выполнение элиминации плода. • ИДС на применение терапии препаратом «вне инструкции» (off-label). <p>Оповещение и организация операционной бригады в составе лечащего врача акушера-гинеколога, врача анестезиолога-реаниматолога, анестезистки, врача УЗИ, операционной медицинской сестры, санитарки.</p> <p>Экипировка всех членов бригады.</p> <p>Хирургическая обработка рук (врач УЗИ, врач акушер-гинеколог, операционная сестра).</p> <p>Обработка операционного поля.</p> <p>В асептических условиях и под постоянным ультразвуковым контролем в вену пуповины вводится фентанил с целью обезболивания плода (в расчётной дозе 10 мкг/кг).</p> <p>После аспирации крови плода для подтверждения правильности установки иглы в желудочек сердца плода вводится 10% р-р калия хлорида. Если остановка сердечной деятельности не произошла, рекомендовано повторное введение калия хлорида через 30–60 сек. Альтернативный метод — проведение кордоцентеза и введение лидокаина в дозе 100 мг/кг расчётной массы плода.</p> <p>Взятие образца крови плода для последующего кариотипирования.</p> <p>Оформление протокола («Инструментальные исследования» — «Кордоцентез»)</p>
<p>Акушерка</p>	<p>Переодевание пациентки в индивидуальную сорочку в предоперационной.</p> <p>Транспортировка пациентки в операционную.</p> <p>Транспортировка пациентки в палату</p>
<p>Врач анестезиолог-реаниматолог, анестезистка</p>	<p>Оформление протокола консультации пациентки (предоперационный осмотр). ИДС на проведение анестезиологического пособия.</p> <p>Назначение и списание препарата фентанил в дозе 10 мкг/кг в целях обезболивания плода в вену пуповины. В протоколе манипуляции описать и обосновать назначение фентанила («в целях обезболивания плода в вену пуповины при фетоциде»).</p> <p>Экипировка в фильтре: хирургический костюм, шапочка, бахилы, маска.</p> <p>Оказание анестезиологического пособия пациентке (обезболивание пациентки).</p> <p>Оформление протокола анестезиологического пособия</p>
<p>Врач УЗИ</p>	<p>Подготовка аппарата УЗИ (транспортировка аппарата в операционную, подключение, настройка параметров).</p> <p>Экипировка в фильтре: хирургический костюм, шапочка, бахилы, маска.</p> <p>Обработка датчика УЗ-аппарата раствором антисептика.</p> <p>Обработка рук хирургическим способом.</p> <p>Обеспечение постоянной ультразвуковой навигации во время процедуры.</p> <p>После введения хлорида калия подтверждение асистолии документируют не менее 2 мин.</p> <p>Контрольное УЗИ плода проводится через 30–60 мин для подтверждения отсутствия сердечных сокращений плода</p>

Ответственный	Действие
Операционная медицинская сестра	<p>Подготовка операционной.</p> <p>Экипировка в фильтре: хирургический костюм, шапочка, бахилы, маска.</p> <p>Подготовка операционного стола:</p> <ul style="list-style-type: none"> • стерильные пелёнки для ограничения операционного поля 2 шт.; • цапки 2 шт.; • лоток почкообразный 1 шт.; • ёмкость для обработки насадки для датчика УЗИ (колба либо лоток); • стерильные салфетки марлевые 20 шт.; • корнцанг 1 шт.; • игла для аспирационной биопсии 1 шт. Используем 20g или 18g длиной 250 мм; • шприц стерильный 10 мл 2 шт.; • шприц стерильный 5 мл 1 шт.; • насадка на датчик УЗ-аппарата 1 шт. (стерильная!); • антисептический раствор спиртовой; • перчатки стерильные 2 пары; • халаты стерильные 2 шт. <p>Опционально при необходимости забора материала для генетического исследования + шприцы 20 мл, флакон культуральный для сбора амниотической жидкости, пробирки для крови плода после кордо- и кардиоцентеза.</p> <p>Заранее подготовить шприц 10 мл с раствором калия хлорида, фентанил (инсулиновый шприц у анестезистки)</p>

* Зарубежный клинический опыт.



Таблица 1. Организационная модель процедуры элиминации плода (фетоцида)



Таблица 2. Алгоритм прерывания беременности по медицинским показаниям

Решение консилиума оформляют протоколом (на бумажном носителе или в электронном виде).

При ПРП, **несовместимом с жизнью**, сочетанных ПРП с **неблагоприятным прогнозом** для жизни, ХА, генетических нарушениях или ПРП, **приводящих к стойкой потере функций** организма и **при отсутствии методов эффективного лечения**, беременную информируют о факторах риска для жизни и здоровья плода (ребёнка) и её самой — для **принятия самостоятельного решения** о сохранении беременности или о её прерывании. В последнем случае Порядок 747н предписывает направлять беременных в сроке **до 22 нед в гинекологический стационар не ниже II уровня**, а начиная **с 22 нед — в ПЦ**; последующая верификация диагноза обязательна.

По нашему мнению, госпитализация в акушерский стационар целесообразна уже с 18 нед. Однако понятно, что каждое учреждение исходит из собственных возможностей, и главное здесь — соблюдение требований Порядка 747н. Если помимо ПРП имеются серьёзные заболевания у самой беременной, то маршрутизация вырабатывается индивидуально, с учётом всех факторов риска.

Terra incognita

Процедура искусственного аборта отработана и подробно описана; приоритет безопасных технологий над устаревшими (кюретажем, различными «заливками») не вызывает практически никаких возражений. Но есть один сложный вопрос, достоверных данных по которому немного. Речь идёт о **фетоциде** (элиминации) — остановке сердечной деятельности плода, которую рекомендовано выполнять **перед прерыванием беременности** после 21 нед 6 дней в связи с ПРП, несовместимыми с жизнью.

С одной стороны, согласно КР, решение о таком вмешательстве может быть принято только при **крайне неблагоприятном прогнозе** для жизни будущего ребёнка. С другой стороны, в **Порядке 747н** сказано, что женщина может настаивать на искусственном аборте при ХА, генетических нарушениях и ПРП, **приводящих к стойкой потере функций** организма. Если же она захочет сохранить беременность, врачи будут **обязаны проводить реанимационные мероприятия** ребёнку, рождённому в сроке 22 нед и более, **при наличии признаков живорождения**

[Фетоцид — остановка сердечной деятельности плода, которую рекомендовано выполнять перед прерыванием беременности на сроках после 21 нед 6 дней в связи с ПРП, несовместимыми с жизнью. Эту манипуляцию начали выполнять относительно недавно — с начала 1990-х годов.]

(дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения мускулатуры)³² — Закон №323-ФЗ не делает исключений для тех, кто проживёт недолго или станет инвалидом.

Складывается крайне **психотравмирующая ситуация** — как для беременной, так и для врачей. Вопрос из сугубо медицинского становится ещё и **юридическим** (особенно с учётом условия «при отсутствии методов эффективного лечения»), не говоря уже об **этической стороне** такого выбора.

Фетоцид начали выполнять относительно недавно — с начала 1990-х годов (точнее определить сложно — элиминация не была событием, которое афишировали). **Количество таких вмешательств увеличилось** и будет расти в дальнейшем, по мере развития пренатальной диагностики — **взамен случаев гибели детей** с аномалиями сразу или вскоре после рождения. Это демонстрирует анализ 305 фетоцидов (с 2010 по 2020 год), проведённый Шаннин Россер (Shannyn Rosser) и соавт. Его результаты: ежегодное количество вмешательств увеличилось с 20 до 54; наиболее частыми показаниями со стороны плода были неврологические аномалии (36%), анеуплоидии или генетические аномалии (22%) и врождённые пороки сердца (19%)³³.

Отметим, что клинические рекомендации «Многоплодная беременность»³⁴ предусматривают **селективную элиминацию одного из плодов** при наличии у него грубых аномалий развития, сочетании фето-фетального трансфузионного синдрома (ФФТС) и селективной задержки роста, при дискордантности более 40% (в сроке до 22 нед беременности), при IV стадии ФФТС в случае отсутствия технической возможности выполнения фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов. В нашей практике только в подобных ситуациях отмечались случаи хориоамнионита.

Российские КР предписывают проводить **фетоцид по следующей схеме:**

[**Количество фетоцидов увеличилось и будет расти в дальнейшем, по мере развития пренатальной диагностики — взамен случаев гибели детей с аномалиями сразу или вскоре после рождения.]**

под УЗ-контролем в вену пуповины вводят 10 мкг/кг **фентанила**, а затем — 2–3 мл 10% р-ра **хлорида калия** в желудочек сердца плода. Если остановки сердечной деятельности не произошло, инъекцию хлорида калия повторяют через 30–60 сек. Асистолию следует документировать не менее 2 мин, контрольное УЗИ нужно выполнить через 30–60 мин. **Альтернативные методы:** через 3 мин после обезболивания фентанилом ввести в вену пуповины **лидокаин** (100 мг/кг) либо интраторакально (интраамнионоально) 1 мг **дигоксина**. В некоторых случаях мы считаем целесообразным выполнять процедуру с 18-й недели беременности (с учётом возможности сочетания ПРП с неиммунной водянкой или объёмным образованием — в этом случае масса плода может быть равна 500 г или больше).


Проводить ли **антибиотикопрофилактику** перед фетоцидом — **вопрос дискуссионный**. На последнем конгрессе FIGO её предлагают в качестве **рутинного назначения**, отечественные КР этот вопрос не затрагивают. В нашей практике инфекционные осложнения встречались лишь после селективной элиминации при **многоплодии**, поэтому в таких случаях мы считаем антибиотикопрофилактику целесообразной (цефазолин 2,0 г за 30 мин до манипуляции), либо вопрос должен быть решён индивидуально (**в зависимости от инфекционного статуса пациентки**).

Особенности выполнения фетоцида, включая организацию работы мультидисциплинарной команды, обезболивание плода, поддержку пациентки, **могут варьировать** в разных медорганизациях. Мы разработали организационную **мо-**

дель проведения процедуры элиминации (табл. 1) и **алгоритм прерывания беременности** по медицинским показаниям при подтверждённых ПРП или аномалиях развития (табл. 2). Оба документа основаны на принципах доказательной медицины, медицинской этики и максимальной психологической поддержки пациентки с чётким распределением выполняемых задач.

Проведение фетоцида при прерывании беременности по медицинским показаниям остаётся сложным, но необходимым компонентом современного акушерства. Опыт нашего ПЦ демонстрирует, что успешность выполнения этой процедуры зависит от нескольких условий: неукоснительного **соблюдения требований законодательства** и подзаконных актов, принятия **решения самой пациенткой** на основании надлежащего информирования и рекомендаций **перинатального консилиума**, использования **эффективной и безопасной методики** вмешательства. Не менее важно обеспечение **психологической поддержки** женщины на всех этапах оказания медицинской помощи.



Разработанный в нашем учреждении алгоритм выполнения фетоцида с 18-й недели гестации в случаях, когда предполагаемая масса плода может достигать 500 г и более, помогает **предотвратить рождение нежизнеспособного плода**. Внедрение подобных алгоритмов, сочетающих техническую точность, правовую корректность и гуманистическую направленность, — залог оказания **качественной и бережной медицинской помощи** в одной из самых непростых жизненных ситуаций. Представленный подход может служить основой для разработки и унификации регламентов по проведению фетоцида в других ПЦ. 

[**Внедрение в акушерстве алгоритмов, сочетающих техническую точность, правовую корректность и гуманистическую направленность, — залог оказания качественной и бережной медицинской помощи.]**

Библиографию см. на с. 80–86.

ОНЛАЙН

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА ЭНДОКРИННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ: СТУПЕНИ МАСТЕРСТВА



Хотите обрести уверенность, сталкиваясь со сложными клиническими ситуациями? Вас ждут живые дискуссии о тонкостях **нейроэндокринной регуляции**, разложенные «по блюдецкам» **алгоритмы верификации** диагнозов и **сценарии** доказательной терапии и профилактики эндокринно детерминированных гинекологических заболеваний и акушерских осложнений.



StatusPraesens
profmedia





casuistica

Для библиографических ссылок

• Князев С.А. Алгоритм безопасного диагностического поиска // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2026. — №1 [132]. — С. 75–78.

StatusPraesens

на воротах

Алгоритм безопасного диагностического поиска



Автор: 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 (Москва)

Профессиональная карьера большинства ординаторов и молодых врачей стартует именно с приёмного отделения акушерского стационара, на медицинском жаргоне — «приёмника». Начиная специалист часто оказывается здесь в **силу нескольких обстоятельств** — его слабого владения практическими навыками оперативного акушерства, небогатого клинического опыта и определённой «деговщины», присущей любому коллективу, когда новобранцев посылают на рутинную работу.

В родблоке «правят бал» опытные акушеры-гинекологи, приёмное «по умолчанию» считают менее сложным участком. Однако это **обманчивая простота**: в любой момент ситуация может радикально измениться, подняв градус ответственности до максимума. Какие ловушки таит в себе рутинная и как снизить риск попадания в них?

Поток поступающих самотёком женщин в большинстве случаев представлен одним из распространённых в акушерстве диагнозов («предвестники родов», «угроза преждевременных родов», «умеренная преэклампсия») или плановой госпитализацией для абдоминального родоразрешения. Бригады скорой помощи чаще доставляют рожениц и беременных с повышенным артериальным давлением (АД) или кровянистыми выделениями. Акушерка заводит первичную документацию, врач старается побыстрее заполнить данные анамнеза, провести осмотр и назначить некоторые исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), кардиотокограмму (КТГ) — в зависимости от жалоб и диагноза, с которым направлена пациентка.

Выполнять и соблюдать

Нередко диагноз пациентки уже написан в направлении. От врача лишь требуется подтвердить или опровергнуть его, правильно заполнить историю

и соблудности **требования нормативных документов**: клинических рекомендаций и критериев качества, изложенных в приказе Минздрава РФ №203н (2025), предписывающем не только определённые исследования, но и в ряде случаев соблюдение временного интервала до их выполнения¹.

Поскольку подобная ситуация повторяется по несколько раз в день, большинство врачей достаточно быстро усваивают несложный алгоритм действий, предписанный нормативными документами и имеющимися местными условиями. Даже если возникают какие-то сомнения или сложности, чаще всего можно **оперативно свериться** с теми же клиническими рекомендациями и выполнить требуемое.

Конечно, достичь «идеальных» показателей по всем временным параметрам возможно не во всех учреждениях и не в каждом отрезке суточного дежурства. Однако, как правило, способы преодоления «узких» участков **постоянно отрабатывают**, и нарушения нормативных документов встречаются всё реже. Тем не менее периодически рутину нарушает появление не совсем обычной пациентки.

Загадочная гостья

В приёмное отделение обращается **беременная с рвотой** — простейшим на первый взгляд симптомом. Даже у обычной женщины это может быть проявлением немалого списка заболеваний, а у будущей матери он становится ещё длиннее: аппендицит, почечная колика, нарушение мозгового кровообращения, жёлчнокаменная болезнь, панкреатит, гипертонический криз, пищевая токсикоинфекция или отравление, гастрит, колит, отслойка плаценты, разрыв матки, преэклампсия, латентная фаза родов или начало прерывания — этот список можно продолжать и продолжать. Доставка такой пациентки бригадой скорой медицинской помощи со своим диагнозом на первый взгляд упрощает ситуацию, фокусируя поиск в определённом направлении. В реальности же чем нестандартнее ситуация, тем выше **риск ошибочного предварительного диагноза**.

С чего начинать поиск, какие лабораторные и инструментальные методы назначить, кого из смежных специалистов вызвать для консультации? Что делать и в какую очередь? Надо ли переводить пациентку, и если надо, то куда? Калей-

доскоп из этих вопросов проносится в голове врача, нередко подталкивая к импульсивным, необдуманным и **не всегда правильным шагам**. Самый распространённый порыв — отправить женщину в учреждение соответствующего профиля, из предпочтений чаще всего фигурируют хирургическое или инфекционное отделение. Такая маршрутизация без обследования может оказаться фатальной — будущая мать выпадает из поля зрения, но **ответственность за неё** по-прежнему несёт акушер-гинеколог. Что бы ни случилось с беременной, все юридические вопросы в первую очередь будут обращены именно к этому специалисту. В связи с этим, если дело дойдёт до перевода пациентки в другое учреждение или подразделение, необходимо **убедиться в обоснованности и безопасности** этого действия. Как сделать правильно?

Расставляем приоритеты

В первую очередь следует **определить категорию срочности** пациентки путём выполнения стандартных процедур: оценки сознания, измерения пульса, АД, температуры, сатурации и т.д. В зависимости от потребности в медикаментозной или аппаратной поддержке определяют локацию, где следует продолжить обследование и начать поиск с исключения (или подтверждения) **жизнеугрожающих состояний**. В зависимости от клинической картины и жалоб выполняют инструментальные и лабораторные исследования, стараясь не нарушать временные критерии, если они прописаны в нормативных документах для искомого диагноза.

Важнейшее понимание для процесса диагностического поиска: **плод — такой же пациент акушера-гинеколога**, как и беременная, поэтому исключать угрозу для его жизни необходимо с момента поступления пациентки в приёмное отделение. В некоторых случаях подсказкой о грядущей катастрофе может стать нарушение состояния плода, который **реагирует первым**. При отслойке плаценты или начинающемся гистопатическом разрыве матки к моменту появления развёрнутой клинической картины (кровотечения, нарушения гемодинамики будущей матери) состояние плода может быть критическим или наступить его гибель.

При подозрении на экстрагенитальное заболевание вызывают врачей соответствующего профиля (хирурга, инфекциониста и т.д.), не прекращая при этом исключение осложнений гестации. Если потребуется перевод пациентки в профильное отделение или учреждение, акушер-гинеколог должен быть уверен, что беременность протекает нормально и **плоду ничего не угрожает**.

Нередкая ошибка, возникающая на этапе ожидания профильных специалистов, — перемещение женщины **за пределы контролируемой зоны**, особенно в случае приезда врача-инфек-

циониста для консультации. Беременную доставляют в отдельное помещение для разобщения с другими пациентками и... нередко оставляют одну. Дальнейшая ситуация может развиваться по двум сценариям: профильный специалист или подтвердит предположения акушера-гинеколога, или опровергнет. В последнем случае ситуация возвращается в начало поиска, и хорошо, если за это время не случилось ничего фатального.

Справедливости ради стоит отметить, что эта опасная ситуация возникает не только при потребности в изоляции. Нередко в крупном родовспомогательном учреждении, где поток поступающих пациенток достигает нескольких десятков в сутки, в суете и хаосе можно заметить никуда не спешащую, сидящую в дальнем углу женщину. На вопрос, кто она и что делает, следует ответ: ждёт врача (хирурга, уролога, кардиолога и т.д.).

Ситуация **максимально опасная**, поскольку окончательного диагноза как не было, так и нет, понимания, что с пациенткой, — тоже, и ситуация не контролируется. Аксиома диагностического поиска: ни беременную, ни плод до постановки диагноза **нельзя упускать из виду**. В процессе ожидания любого специалиста будущая мать должна быть в пределах видимости, а плод — под мониторным наблюдением, если позволяет срок гестации.

Далее представлено несколько примеров, когда очевидная на первый взгляд ситуация получала самое неожиданное развитие.

Клинический пример №1

Пациентка А. доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение родильного дома в составе многопрофильной больницы с диагнозом: «Беременность 31 нед + 6 дней. Угроза преждевременных родов. Подозрение на **острый аппендицит**. Рубец на матке после кесарева сечения». Женщина предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, однократную рвоту. Указанные симптомы возникли утром того же дня.

Из анамнеза: детские инфекции, миопия средней степени, лазерная коррекция в 2019 году. Гинекологический анамнез не отягощён, настоящая беременность вторая, первая в 2018 году, завершилась своевременно оперативными родами **путём кесарева сечения**. Показание — клинически узкий таз. Извлечена девочка весом 3960 г, длиной 54 см, оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Послеоперационный период прошёл без особенностей, женщину с ребёнком выписали домой на 5-е сутки.

Состояние при поступлении средней тяжести. АД 125/85 и 123/81 мм рт.ст. (на обеих руках), температура тела 37,6 °С, SpO₂ 98%. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) 90 в минуту. Язык чистый, незначительно обложен белым налётом. Живот увеличен за счёт беременной матки, **болезненный при пальпации** в правой подвздошной области, синдром раздражения брюшины в правой подвздошной области положительный. Перистальтика выслушивается. Синдром поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное. Стул был накануне.

[Плод — такой же пациент акушера-гинеколога, исключать угрозу для его жизни следует с момента поступления пациентки в приёмное отделение.]

Акушерский статус: матка увеличена до 32 нед беременности, возбуждена при пальпации, чувствительная в области послеоперационного рубца. Предлежит головка плода, расположена над входом в малый таз. Шевеления плода ощущает, сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 144 в минуту. Воды не изливались, выделения слизистые.

Осмотр *per vaginam*: влагалище средней ёмкости, шейка матки отклонена кзади, длиной 3 см, плотная, наружный зев сомкнут. Предлежащая часть над входом в малый таз. Экзостозов в малом тазу нет. Мыс не достигается. Выделения слизистые.

Провели клинико-лабораторное обследование. Клинический анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты $3,7 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 364×10^9 /л, лейкоциты $16,2 \times 10^9$ /л. Биохимический анализ крови: общий белок 71 г/л, альбумин 39 г/л, АЛТ 23 Ед/л, АСТ 28 Ед/л, СРБ 25 мг/л. Общий анализ мочи в пределах референсных значений.

Выполнили УЗИ: один плод в головном предлежании, предполагаемая масса 1750 г, ЧСС плода 160 в минуту. Объём околоплодных вод — норма, плацента по задней стенке с переходом на дно, участков отслойки не выявили. В области нижнего сегмента толщина миометрия 3 мм с участком истончения слева до 1 мм. Кровотоки по данным доплерометрии в пределах нормы. Справа лоцируются расширенные до 18 мм петли тонкого кишечника, перистальтика снижена. В брюшной полости жидкость не визуализировали.

В приёмное отделение для консультации вызвали хирурга с целью исключения острого аппендицита.

Во время пребывания на диагностической койке осуществляли КТГ-мониторинг, через 23 мин от начала записи отметили патологический тип кривой — снижение ЧСС плода до 100, затем до 80 в минуту, — не восстанавливающейся при смене положения. В связи с дистресс-синдромом плода пациентку доставили в операционную для осуществления экстренного родоразрешения путём кесарева сечения. Операционная бригада — мультидисциплинарная, с участием хирурга. После выполнения нижнесрединной лапаротомии обнаружили разрыв матки по рубцу справа длиной 3 см, прикрытый сгустком крови

[Если потребуются перевод будущей матери в профильное отделение или учреждение, акушер-гинеколог должен быть твёрдо уверен, что беременность протекает нормально и плоду ничего не угрожает.]



создано при помощи Z-image turbo.

около 80 мл. Матку вскрыли разрезом в нижнем сегменте, в целом плодном пузыре извлекли живую недоношенную девочку весом 1820 г, длиной 43 см, оценка по шкале Апгар 5/6/7 баллов. После метропластики выполнили ревизию брюшной полости. Аппендикулярный отросток не изменён. В брюшной полости обнаружили жидкую кровь в объёме 250 мл, эвакуировали. Общая кровопотеря составила 1150 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений, роженицу выписали домой на 5-е сутки, ребёнка перевели на второй этап выхаживания, выписали домой через 1 мес. Случай идеально симитировал приступ острого аппендицита, даже истончение миометрия на УЗИ указывали слева. Однако разрыв оказался справа. Первым признаком перехода ситуации из непонятной в катастрофическую был дистресс-синдром плода.

Во втором клиническом примере ситуация развернулась не на этапе приёмного отделения. Однако целесообразно привести её в статье, поскольку подобный ход событий нередко возникает

при поступлении в стационар пациентки с гипертермией.

Клинический пример №2

В родовспомогательное учреждение самостоятельно обратилась пациентка 32 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота.

Из анамнеза: в детстве ветряная оспа, ангина, перелом правой кисти в 26 лет, жёлчнокаменная болезнь с 24 лет, в 26 лет холецистэктомия. Аллергическая реакция в виде крапивницы на антибактериальные препараты пенициллинового ряда.

Текущая беременность третья, первая и вторая (в 26 и 28 лет соответственно) завершились медикаментозными абортными без осложнений. Гинекологических заболеваний не было.

По поводу настоящей беременности состоит на учёте с 9 нед. В I триместре была тошнота, перенесла острую респи-

[случай симитировал приступ острого аппендицита. Даже истончение миометрия на УЗИ указывали слева, но разрыв оказался справа. Первым признаком опасности ситуации был дистресс-синдром плода.]

раторную вирусную инфекцию (ОРВИ) в 10 нед. Пренатальное скрининговое исследование I триместра: беременность 12 нед + 4 дня, пороков и аномалий развития плода не выявили, риски хромосомных аномалий и задержки роста плода низкие, **риск преэклампсии высокий**, получала ацетилсалициловую кислоту. Во II триместре перенесла ОРВИ в 23 нед без повышения температуры. В III триместре — в 33 нед появились **тянущие боли внизу живота**.

Обследование на *Streptococcus agalactiae* — результат отрицательный.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, АД 120/80 и 115/80 мм рт.ст. (на обеих руках), пульс 76 в минуту, температура тела 36,8 °С. По органам и системам без особенностей.

Данные акушерского исследования: матка увеличена до 34 нед беременности, возбудима при пальпации, регулярной родовой деятельности нет. Предлежит головка плода, расположена над входом в малый таз. Шевеления плода ощущает, сердцебиение плода по Babydop ясное, ритмичное, до 152 в минуту. Воды не изливались, выделения слизистые.

Осмотр *per vaginam*: влагиалище средней ёмкости, шейка матки центрирована, длиной 2 см, мягкая, наружный зев пропускает кончик пальца. Предлежащая часть над входом в малый таз. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения обычной окраски.

Выполнили клинико-лабораторное обследование. Клинический анализ крови: гемоглобин 112 г/л, гематокрит 35, эритроциты $3,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11 \times 10^9/л$, тромбоциты $298 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови: общий белок 62 г/л, альбумин 35 г/л, АЛТ 17 Ед/л, АСТ 26 Ед/л. Коагулограмма: фибриноген 4,1 г/л, АЧТВ 29 сек, МНО 0,92. Общий анализ мочи: белок 0,1 г/л, лейкоциты, эритроциты, цилиндры — отсутствуют.

Выполнили УЗИ: один плод в головном предлежании, предполагаемая масса

плода 2110 г, ЧСС плода 152 в минуту. Объём околоплодных вод — норма, плацента по передней стенке, участков отслойки не выявлено. Длина сомкнутой части шейки матки — 16 мм. Кровотоки по данным доплерометрии в пределах нормы. КТГ — нормальный тип.

С диагнозом «Беременность 33 нед + 2 дня, угроза преждевременных родов» пациентку госпитализировали в **отделение патологии беременности** для проведения токолитической терапии и профилактики респираторного дистресс-синдрома плода глюкокортикоидами.

Через 2 дня после госпитализации отмечали кашель, насморк, озноб, **повышение температуры тела** до 37,8 °С.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное, жалобы на **кашель, озноб, заложенность носа**. АД 128/95 и 130/92 мм рт.ст. (на обеих руках), пульс 96 в минуту, SpO_2 98%. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, **зев гиперемирован**. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 94 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счёт беременной матки, безболезненный при пальпации. Матка увеличена до 34 нед беременности, не возбудима при пальпации, регулярной родовой деятельности нет. Плод в головном предлежании, головка расположена над входом в малый таз. Шевеления плода ощущает, сердцебиение плода по Babydop ясное, ритмичное, до 162 в минуту. Воды не изливались, выделения слизистые. Синдром поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное. Стул был днём.

Выполнили экспресс-тесты: на грипп А и В — отрицательные, на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) — **положительный**. Беременную изолировали, вызвали инфекциониста.

Провели клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Начали запись КТГ. В процессе на-

блюдения — **дистресс-синдром плода** по данным КТГ, при осмотре — **кровянистые выделения**, по УЗИ — начавшаяся отслойка нормально расположенной плаценты. Для экстренного абдоминального родоразрешения женщину доставили в операционную. Выполнили нижнесрединную лапаротомию, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Извлекли живого мальчика весом 1710 г, длиной 45 см, оценка по Апгар 3/5/7 баллов. Ребёнка перевели в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых. Обнаружили **центральную отслойку плаценты** 12×10 см. Общая кровопотеря — 1350 мл.

Во время операции поступили данные о взятых перед вмешательством анализах. Клинический анализ крови: гемоглобин 98 г/л, гематокрит 28, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $13 \times 10^9/л$, тромбоциты $112 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови: общий белок 59 г/л, альбумин 31 г/л, АЛТ 45 Ед/л, АСТ 49 Ед/л. Коагулограмма: фибриноген 2,7 г/л, АЧТВ 29 сек, МНО 0,92. Общий анализ мочи — **протеинурия 3 г/л**, лейкоциты, эритроциты, цилиндры — отсутствуют.

В течение 2 сут после родоразрешения пациентка находилась в палате интенсивной терапии в связи с сохраняющейся артериальной гипертензией, подъёмами АД до 170/100 мм рт.ст. и протеинурией. Женщину выписали домой на 8-е сутки после родоразрешения. Ребёнка перевели на второй этап выхаживания.



Акушерская «рутина» славится способностью **внезапной трансформации** в «экстрим». Чтобы этот вираж прошёл без потерь, до полной ясности в отношении диагноза и понимания, что происходит с пациенткой, её **нельзя терять из зоны контроля**. В случае перехода ситуации в разряд критической монитор подает сигнал тревоги и кризис удастся остановить до «точки невозврата». В большинстве случаев *near miss* **плод начинает реагировать раньше**, поэтому его ни в коем случае нельзя выпускать из-под наблюдения, если позволяет срок гестации. **SP**

Библиографию см. на с. 80–86.

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА XXI ВЕКА

Осмысление
проблематики
новой эпохи

Под ред. В.Е. Радзинского



НОВИНКА!

**Женщина
в большом городе:
здоровье,
беременность,
материнство**



praesens.ru
+7 (901) 723 2273

Книга рассказывает о последствиях основного тренда репродуктивной медицины — **поздней реализации** репродуктивной функции в сочетании с **ростом коморбидности**. Авторы издания уделили немало внимания вопросам диагностики, лечения и профилактики репродуктивно значимых инфекций, экстрагенитальных заболеваний, соматическим и гинекологическим причинам потерь гестации. **За пандемией XXI века — ожирением** — тянется шлейф заболеваний сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований, в том числе гинекологических раков, эндокринных нарушений. Именно поэтому акушеру-гинекологу приходится бороться, пусть и не всегда в рамках должностных инструкций, с этой тяжёлой — в прямом и переносном смысле! — проблемой.