

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#4 [135] 09 / 2026 / StatusPraesens



тема
№
Дайте
женщине
сказать!

Популярность инкретинов, в частности тирзепатида, нарастает, и это важно для контрацепции: замедление эвакуации желудка может снижать эффект КОК • Изобилие пищевых продуктов парадоксально обедняет наш рацион и копит пищевые и витаминные дефициты • Обсуждение междисциплинарного консенсуса по хроническому эндометриту в Сочи: давно пора разобраться! • Антагонисты ГнРГ ассоциированы с меньшей частотой побочных эффектов по сравнению с агонистами



Уважаемые коллеги!

Для меня большая честь быть приглашённым на страницы популярнейшего журнала StatusPraesens, читательская аудитория которого — десятки тысяч акушеров-гинекологов, и высказать некоторые соображения по ряду позиций в отечественном акушерстве.

Акушерство — **самая древняя медицинская практика**, более древняя, чем сама история медицины. Именно на акушерах-гинекологах лежит ответственнейшая миссия охраны здоровья женщины — прародительницы рода человеческого. У М. Горького есть удивительно точное определение: «Всё прекрасное в мире создано лучами солнца и молоком матери».

Отечественное акушерство пережило мощное давление западных миссионеров, во многом **разрушивших** в 90-е годы нашу науку и образование, приведшее к ликвидации РАМН, внедрению Болонской программы в вузах, замене отечественных классификаций и т.д. Однако мнение о том, что с развитием перинатологии классическое акушерство исчезло, **несостоятельно, вредно** и связано с неспособностью остановить эпидемический рост КС. Причины известны: это и коммерческая составляющая, и увеличение судебных исков к акушерам-гинекологам, но одна из главных связана со **снижением уровня профессионализма**. Если тенденция к росту КС сохранится, то мы станем свидетелями эволюции способа появления на свет от родоразрешения к примитивному **детоизвлечению**.

Нам выпала нелёгкая задача в лабиринте глобальной репродуктивной индустрии **не потерять трезвой самооценки**, найти разумный междисциплинарный компромисс между развивающейся перинатологией и классическим наследием отечественной школы.

Акушерство, как и хирургия, довольно часто оказывается на **перепутье** и идёт различными путями, в том числе и **ошибочными**, увлекая за собой отдельные слои акушеров, не утвердившихся ещё в профессии. Подобные ошибки и упрямое следование **ложным путём** продолжают повторяться и сегодня. Например, поддержанная некоторыми акушерами контролируемая тракция пуповины в послеродовом периоде с целью профилактики кровотечения в нарушение патогенетического принципа Альфреда «руки прочь от матки», который остаётся **незыблемым**.

Не должен уходить с повестки дня и вопрос о пересмотре сроков реанимации детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Лозунг «новорождённые любым путём» — проявление **ложного гуманизма**, не способствующее улучшению демографии. Наоборот, он скорее чреват серьёзными финансовыми и социальными издержками. Большинство стран мира изменили **сроки реанимации новорождённых** на 24–25 нед. Нам представляется логичным юридически закрепить обязательность реанимационных мероприятий в полном объёме для новорождённых с **24–25 нед**. В то же время, соблюдая принципы биомедицинской этики, мы не можем и не должны отказывать новорождённому с 22 нед в необходимой паллиативной помощи.

Всякое новое предложение, меняющее классические подходы, рождает **массу предположений** и вопросов. Доверять им непросто, особенно когда сложные биологические проблемы решаются механистическим путём. Подобные весьма **рискованные эксперименты** требуют серьёзного обоснования с чёткими показаниями и условиями выполнения методики, где главное — безопасность пациентов. Период **чистого эмпиризма** в медицине давно закончился. Доверять следует исследованиям, опирающимся на фундаментальную науку, результаты клиник, сосредоточенных на данной тематике. Внедрение новых методов лечения возможно лишь по результатам хотя бы краткосрочных **многоцентровых испытаний**, их эффективности и безопасности. Такая позиция является **гарантом** от всякого рода псевдонаучных методов лечения и информационного шума.

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, докт. мед. наук, проф., научный руководитель отдела акушерства и перинатологии НИИАГиР им. Д.О. Отта, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии Медицинского института СПбГУ **З.К. Айламазян**

status

гинекология акушерство

#4 [135] 09 / 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 Скучоткина

Выпускающий редактор: 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 000 «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется 000 «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 — 14 августа 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 000 «МИНИН». 603104, Нижний Новгород, ул. Краснозвёздная, д. 7А, оф. 3. Заказ №17404. 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. В журнале использованы фотоматериалы фотобанки iStock.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро (статус презенс)»

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



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)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Виноградова Ольга Павловна (Пенза)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Густоварова Татьяна Алексеевна (Смоленск)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Давыдов Александр Ильгизирович (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазерская 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)
Куценко 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)
Сахавудинова 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)

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

Голос важнее протокола

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский
о разговоре с пациенткой как первом и главном диагностическом инструменте

На приёме женщина порой не может чётко изложить жалобы: тревога, нехватка времени и смятение мешают. В результате в карте появляется запись «жалоб нет», хотя на самом деле они есть. Такая ситуация повторяется ежедневно, и причина кроется в невнимании к главному источнику информации — рассказу самой пациентки. Ведь её слова, наполненные ощущениями и надеждами, могут изменить тактику лечения. Более того, внимательный специалист заметит то, что не покажет ни один анализ: где она запинается, о чём умалчивает. Поэтому одно «расскажите подробнее» порой ценнее десятка исследований.

14

НОВОСТИ

2ф

ИНФОРМОПЫЛЕНИЕ



Парадоксы дефицитов в эпоху изобилия

Какие критические пищевые и витаминные дефициты нужно корректировать всем или почти всем? Еда или лекарство?

Маклецова С.А., Олина А.А., Ипастова И.Д., Бегмурова Н.Ш., Медведева А.И.

Всё продуктовое разнообразие не способно полностью перекрыть те пищевые дефициты, под удар которых попадаем все мы. И речь не о многочисленных «нутриентах» и «микронутриентах», которыми с избытком заполнено медицинское и даже немедицинское информационное поле. Часть из них действительно может оказывать и оказывает оздоравливающее воздействие, однако есть проблема: поскольку за многими БАДами стоят маркетинговые интересы, эти БАДы — видно. А между тем есть очень простые и совсем базовые вещества, в том числе макронутриенты, рекламировать которые никому не интересно, однако их дефицит наносит всем нам большой вред.

3ф

МЕДПОЛИТ

Обмен данными

Особенности предоставления информации о пациенте третьим лицам
Печерей И.О.

Согласно ст. 2 ФЗ-149 «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27 июля 2006 года, информация — сведения (сообщения, данные) независимо от формы предоставления. Владелец информации — лицо, самостоятельно создавшее её либо получившее по закону или договору право разрешать/ограничивать доступ. В здравоохранении владельцами могут быть и пациент, и медицинская организация, в которую он обращался. С развитием цифровизации важна защита от несанкционированного доступа к личной информации граждан, в том числе пациентов. Однако законодательство не всегда совершенно, в нём есть ряд нюансов и коллизий.

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

38

VIA SCIENTIARUM



В поисках оптимума

Основы медикаментозной терапии эндометриоза

Оразов М.Р., Рагзинский В.Е.

В 2023 году австрийские специалисты опубликовали результаты исследования восприятия боли при эндометриозе. Представительницы разных социальных групп указали, что боль — самый частый спутник заболевания — вызывала тревогу, страх, стыд, гнев, обиду, отчаяние и разочарование. Пациентки боялись, что боль может возникнуть произвольно, иметь любую локализацию, и они ничего не смогут сделать. Ещё одна причина опасений — установление диагноза, ведь полностью вылечить эндометриоз пока невозможно. Поэтому наши индивидуальные терапевтические рекомендации должны базироваться на сочетании достоверных научных данных и индивидуальных особенностей каждой клинической ситуации.

44

ЛЕХТ-ПРОСВЕТ

Ключ, идеально подходящий к замку

Обильные менструальные кровотечения: новые терапевтические возможности

Касян В.Н., Быкова О.А.

Врачи не всегда обращают внимание на эмоциональное состояние пациентки с обильными менструальными кровотечениями, сосредотачиваясь на решении клинических задач. А между тем аббревиатура ОМК скрывает целый пласт проблем: задержку диагностики из-за стеснения женщин обсуждать менструальные вопросы, стигматизации менструаций в обществе и недостаточной подготовки медицинских специалистов. «Просто болезненные месячные», «месья матки», «полная изоляция», «я в растерянности, я не могу продолжать так жить» — лишь малая часть комментариев, которые поразили исследователей, попытавшихся вникнуть в мир эмоций пациенток с ОМК.

52

CONTRA-VERSION



Шанс на счастливое материнство

Интервью с докт. мед. наук, проф. Меканом Рахимбердыевичем Оразовым
Мартынова М.А.

Нередко бесплодные пары, долго мечтающие о ребёнке, ищут причины неудач в семейном анамнезе, генетических поломках или иммунной несовместимости. Такие сценарии вероятны, но чаще источником трудностей с зачатием и вынашиванием служит затянувшийся воспалительный процесс в половых путях. Хронический эндометрит — вялотекущее персистирующее воспаление слизистой оболочки матки, способное нарушать репродуктивные процессы (транспорт гамет, оплодотворение, сократительную активность матки, инвазию трофобласта) и влиять на экспрессию генов, необходимых для имплантации и иммунной толерантности. Заболевание по-прежнему остаётся нерешённой проблемой репродуктивной медицины.

statusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

60

ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ



Весомые обстоятельства

Возможности контрацептивного выбора пациенток с ожирением

Шестакова И.Г., Быкова О.А.

Прогнозы неутешительны: к 2030 году около половины людей будет иметь повышенную массу тела, а каждая пятая женщина — ожирение. В последнее время для снижения массы тела всё чаще назначают лекарственные средства, влияющие на аппетит и насыщение. Они эффективны, но требуют внимательного отношения, поскольку одно из последствий их приёма — замедление опорожнения желудка. Для женщины, использующей пероральные средства, в частности контрацептивы, это серьёзный риск: эффективность таблеток может снизиться, а некоторые препараты для снижения массы тела способны существенно уменьшать всасывание гормональных компонентов.

68

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Смотрите изнутри, снаружи видно хуже

Восстановление сосудистого компонента эндометрия при хроническом эндометрите

Толибова Г.Х.

В современной репродуктивной медицине не так много заболеваний, при описании которых исследователи используют такие слова, как «по-видимому», «вероятно», «предположительно». Хронический эндометрит — одно из таких. Заболевание есть, и им, по разным данным, страдают от 2,8 до 70% пациенток. К сожалению, малосимптомное течение хронического процесса создаёт предпосылки к тому, что его выявляют часто лишь как «находку» при изучении причин репродуктивных неудач. Крайне важно при его выявлении не только адекватно провести лечебные мероприятия, но и добиться восстановления структурно-функциональных характеристик эндометрия.

74

РАБОТА НАД ОШИБКАМИ



Снова в школу

Современная просветительская работа с будущими родителями

Князев С.А.

Выдающийся московский акушер, организатор столичного родовспоможения Григорий Львович Грауэрман писал, что необходимо, чтобы уже на школьной скамье будущие матери обучались всему, что им нужно знать как матерям, касающемуся их самих и ребёнка. Необходимо школами материнства, листками, брошюрами, выставками и чтениями развивать правильные понятия о материнстве и младенчестве. За прошедшие 100 лет можно признать: попытки создания курса этих знаний для получения их «на школьной скамье» так и не увенчались успехом, но школы матерей не просто появились, они прошли большой эволюционный путь по своему качественному составу.

80

ЛИТЕРАТУРА

ГОЛОС ВАЖНЕЕ ПРОТОКОЛА

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский о разговоре с пациенткой как первом и главном диагностическом инструменте



Главный редактор
акад. РАН, проф. Виктор Радзинский

Порой на приёме женщина не может сразу сформулировать жалобы: мысли путаются, тревога мешает, время ограничено. В результате в карте появляется запись «жалоб нет», хотя **на самом деле они есть** — просто не озвучены. Подобное повторяется ежедневно, и причина кроется в невнимании к главному источнику информации — **рассказу самой пациентки**.

Мы привыкли опираться на анализы, снимки, алгоритмы. Технологии дают точные цифры, но не передают **субъективного переживания** болезни. Женщина говорит на языке ощущений, страхов и надежд, и её рассказ способен изменить тактику лечения. Внимательный специалист замечает то, что не покажет ни одно исследование: где она запинаясь, о чём умалчивает. Одно **«расскажите подробнее»** способно заменить десяток диагностических манипуляций.

Однако часто именно врачи не дают ей раскрыться: **торопятся** внести сведения, **перебивают**, задают наводящие вопросы вместо того, чтобы дать договорить. Пациентка, чувствуя спешку, замолкает, выбирает безопасные формулировки. Так теряется информация, а с ней и открытость.

Умение слушать составляет фундамент нашей профессии. Никакой тест не заменит доверительного разговора, а без него даже самые точные методы дают сбой. Поэтому первое, что нужно сделать, — **дать женщине высказаться**. Тогда и диагноз становится точнее, и решения очевиднее.

Обильные менструальные кровотечения — одна из тех тем, о которых пациентки **упорно молчат**. Они терпят годами, считая своё состояние «нормой», «неудобством» или даже «наказанием». Между тем за аббревиатурой ОМК скрывается целый **пласт проблем**: вынужденные пропуски работы, отказ от встреч, тревога, изоляция. И пока внимание сосредоточено на диагнозе, женщина остаётся наедине со своими симптомами, стесняясь произнести их вслух.

Почему так происходит? Менструация до сих пор **стигматизирована**, а многие пациентки искренне убеждены, что сильная боль и обильные выделения из влагалища — неизбежная женская доля. Изменить укоренившиеся стереотипы одним приёмом невозможно, но задать прямой вопрос — реально. Вместо общего «Что вас беспокоит?» разумнее спросить напрямую: **«(скажите, месячные не мешают вам жить?»** Такое уточнение снимает барьер и позволяет получить по-настоящему содержательный ответ. Женщина начинает говорить о том, как подстраивает график под цикл, как боится выйти из дома в «эти дни», **как устала**. Именно в этих словах кроется истинная картина болезни, которую не покажут ни анализы, ни ультразвуковое исследование.

Новые **терапевтические возможности** сегодня позволяют реально помочь. Но никакое средство не сработает без доверия. Многие пациентки до **сих пор опасаются** любых гормональных методов, даже тех, что действуют избирательно. Им нужны ответы на конкретные вопросы: не помешает ли это зачатию, не навредит ли организму. Мы должны услышать эти опасения, развеять мифы и вместе выбрать путь.



Прогнозы неутешительны: к **2030 году** около половины людей на планете будет иметь повышенную массу тела, а каждая пятая женщина — **ожирение**. Для акушера-гинеколога это означает, что в его практике будет всё больше пациенток, у которых избыточный вес напрямую влияет на репродуктивное здоровье. Связь хорошо изучена: детское ожирение в анамнезе почти **втрое повышает риск бесплодия**, а число обращений к врачу по поводу невынашивания беременности увеличивается в **3,6 раза**.

В последние годы для снижения массы тела всё чаще назначают лекарственные средства, влияющие на аппетит и чувство насыщения. Они эффективны, но требуют **внимательного отношения**, поскольку работают только в сочетании с **модификацией образа жизни**, а не вместо неё. Многие женщины, наслышанные о «чудо-уколах», надеются, что они решат проблему сами по себе, но без изменения пищевых привычек и физической активности **результат будет нестойким**. Кроме того, эти препараты рецептурные, и некоторые пациентки приобретают их **самостоятельно**, скрывая от своего врача и создавая дополнительные риски. Важно подчеркнуть: они хороши, но в **умелых руках**.

Помимо этого одно из последствий их приёма — **замедление опорожнения желудка**, а также тошнота, рвота или диарея, особенно на старте терапии. Для женщины, использующей **пероральные**

средства, в частности контрацептивы, это серьёзный риск: эффективность таблеток может снизиться, а некоторые препараты для снижения массы тела способны существенно уменьшать всасывание гормональных компонентов. Поэтому специалисту необходимо всегда спрашивать пациентку, какие средства она принимает, даже если она сама об этом не упоминает.

Ответом на этот вызов служат методы контрацепции, не зависящие от работы желудочно-кишечного тракта. Современная медицина предлагает **множество вариантов** (от внутриматочных систем до трансдермальных), и подобрать подходящий можно практически для любой женщины с учётом её состояния здоровья, образа жизни и репродуктивных планов. Главное — **не навязывать** конкретную схему, а обсудить все возможности, опираясь на потребности пациентки. Выбор метода всегда должен быть индивидуальным.

Женщина с ожирением в большинстве случаев приходит на приём с единственной целью — похудеть. Однако за этим запросом стоит больше: страх перед нежеланной беременностью, опасения за будущее здоровье, неуверенность в себе. Если акушер-гинеколог расспросит её о принимаемых препаратах, предупредит о возможных рисках и предложит подходящий метод контрацепции, **многих проблем удастся избежать**. Пациентка должна покинуть кабинет с ясным пониманием: снижение массы тела и надёжная контрацепция — не взаимоисключающие задачи, а две стороны заботы о собственном здоровье.



Эндометриоз часто называют **болезнью-загадкой**. Пациентки живут с болью годами, опасаясь говорить открыто: одни боятся, что их не воспримут всерьёз, другие — что диагноз потребует пересмотра привычного уклада жизни. Многие рассматривают менструальную боль

как обязательную плату за способность иметь детей, обесценивают собственные ощущения и редко обсуждают их даже с врачом. А тем временем от момента первых симптомов до постановки диагноза проходит **от 7 до 12 лет**, и всё это время женщина остаётся наедине со своей болью, тревогой и вопросами. Даже обращаясь к специалисту, некоторые слышат, что «всё в порядке», и возвращаются к прежнему существованию без помощи.

Сегодня медицина располагает **широким спектром средств** для лечения эндометриоза: комбинированные оральные контрацептивы, прогестины, агонисты и антагонисты ГнРГ. Каждый из них имеет свои преимущества и ограничения. Однако выбор препарата не может быть сделан исключительно на основании клинического протокола. Необходимо учитывать возраст пациентки, её репродуктивные планы, интенсивность симптомов, переносимость терапии. **Идеального средства для всех не существует**: то, что помогает одной женщине, может оказаться неприемлемым для другой. Поэтому так важно услышать её собственное отношение к лечению, страхи и ожидания — именно они часто определяют успех терапии.

Разговор с пациенткой приобретает особое значение: нужно дать ей возможность сформулировать приоритеты, озвучить опасения и понять, какой результат она бы посчитала успехом. Женщина не всегда связывает свои симптомы с эндометриозом — порой она просто привыкает терпеть. Врачу стоит задавать **открытые вопросы**, позволить ей самой расставить акценты, не перебивая, и тогда картина заболевания проясняется. Когда известна история пациентки, а не одни лишь анализы, можно предложить по-настоящему индивидуальный план ведения. Эндометриоз — болезнь, которую **можно контролировать**, если лечение строится на диалоге.



Хронический эндометрит — одна из самых недооценённых причин **репродуктивных неудач**. Заболевание протекает почти бессимптомно или маскирует себя под другие состояния: тазовые боли, нарушения менструального цикла, частые циститы. Женщина годами ходит по

[При выборе средства для лечения эндометриоза специалист должен учитывать возраст пациентки, её репродуктивные планы, степень выраженности симптомов и индивидуальную переносимость терапии.]

врачам, получает лечение от мнимых болезней, а воспаление в полости матки тем временем разрушает её шансы на рождение ребёнка. Статистика сурова: у **более чем половины** пациенток с бесплодием диагностируют именно этот процесс, а при повторных неудачах имплантации его частота достигает **67%**. Даже когда беременность наступает, риск потери остаётся высоким.

Парадокс в том, что современная медицина до сих пор **не выработала** единых клинических рекомендаций по ведению таких женщин. Учёные спорят о критериях диагностики, нет стандартизированных протоколов лечения, а гистологическое подтверждение требует высокой квалификации патоморфолога. Однако всё не так безнадежно. Накопленная база знаний об эндометрии огромна, и каждая новая дискуссия открывает **перспективы для прорывов**. Медицинское сообщество продолжает поиск эффективных решений: уже в этом году на ежегодном семинаре в Сочи запланировано **первое общественное обсуждение междисциплинарного консенсуса по хроническому эндометриту**, где ведущие эксперты вновь поднимут ключевые вопросы ведения пациенток с этим патологическим состоянием.

А пока единые стандарты только формируют, особую ценность приобретает **внимательность клинициста**. Услышать в расплывчатых жалобах сигнал тревоги, расспросить о перенесённых внутриматочных вмешательствах, абортах, репродуктивных потерях — первый шаг к постановке правильного диагноза. Очень часто женщина не связывает свои прошлые процедуры с нынешними проблемами, поэтому специалисту необходимо создать атмосферу, в которой ей не придётся ничего утаивать.

Лечение хронического эндометрита — **процесс поэтапный**. Сначала воздействие на доказанный инфекционный агент, затем восстановление структуры и функции эндометрия. Однако ни одна схема не сработает, если женщина не понимает её логики. Нужно объяснить, **зачем назначен** тот или иной препарат, **какого результата** мы ожидаем и **почему так важно** пройти весь путь до конца. Тогда она станет активным участником лечения, а не пассивным получателем назначений.

В таком диалоге и кроется **ключ к диагнозу**, который годами оставался

[Учёные спорят о критериях диагностики хронического эндометрита, нет стандартизированных протоколов лечения, а гистологическое подтверждение требует высокой квалификации патоморфолога.]



© Jérémy / Essentials/Stock

скрытым: расспрашивая пациентку о попытках забеременеть, перенесённых вмешательствах, ощущениях перед менструацией, операциях и прерванных беременностях, акушер-гинеколог складывает полную картину. **Совместными усилиями** можно восстановить здоровье эндометрия и подарить женщине реальный шанс на счастливое материнство.



Казалось бы, кровеносные сосуды — надёжная, стабильная система. Однако **эндометрий** в этом плане **уникален**: каждый менструальный цикл в нём происходит перестройка. Именно они становятся главной мишенью хронического воспаления. Под влиянием повреждающих факторов сосудистая стенка претерпевает

изменения, возникает **патологический ангиогенез**, и вместо полноценных сосудов формируются функционально несостоятельные, неспособные доставить тканям достаточно кислорода и питательных веществ. Эндометрий страдает от гипоксии, в нём нарастают фиброз и склероз. Воспаление затихает, а **последствия остаются**, и как раз они мешают имплантации.

Здесь важно понять: устранить инфекцию — не более чем первый шаг. Дальше предстоит восстановить **морфофункциональный потенциал** эндометрия: его рецепторный аппарат, иммунный баланс, сосудистую сеть. И в этом направлении современная медицина делает обнадеживающие шаги. В настоящее время существует немало методов, позволяющих воздействовать на этот процесс, и все они в конечном счёте направлены

[Устранить инфекцию при эндометрите — не более чем первый шаг. Дальше предстоит восстановить морфофункциональный потенциал эндометрия: его рецепторный аппарат, иммунный баланс и сосудистую сеть.]

на одну цель — восстановление **полноценной рецептивности** эндометрия. При этом важно понимать: универсальной схемы нет, и хороши все средства, доказавшие свою эффективность.

Но какой бы совершенной ни была терапия, она не сработает без внимательного отношения к пациентке. Хронический эндометрит **коварен**: он почти бессимптомен, а те проявления, что есть (тянущие боли, скудные выделения, нарушения цикла), легко списать на усталость или стресс. Женщина привыкает к этим ощущениям, перестаёт обращать на них внимание. Специалисту необходимо расспросить её о том, что она замечает в разные фазы цикла, как чувствует себя после гинекологических манипуляций, были ли в анамнезе выскабливания, аборт, гистероскопии. Ответы на эти вопросы помогают **заподозрить воспалительный процесс** даже тогда, когда инструментальные методы ещё не дали однозначного ответа.

И даже после курса лечения об успехе нельзя судить по одним лишь симптомам. Требуется подтвердить восстановление эндометрия: исчезновение плазматических клеток, нормализацию сосудистого русла, возвращение рецепторов на свои места. Только тогда можно говорить о **готовности эндометрия** к наступлению беременности.



В эпоху цифровых технологий ложная информация распространяется быстрее любого вируса. И, пожалуй, ни одна тема в медицине не обрастает таким количеством мифов, как **вакцинация**. Страшные истории о вредных компонентах, «перезагрузке» иммунитета и заговоре фармкомпаний кочуют по социальным сетям, пугая родителей и заставляя отказываться от прививок. Цена такого решения измеряется детскими жизнями.

Между тем вакцинация — величайшее достижение здравоохранения. **Натуральная оспа**, убивавшая миллионы,

полностью ликвидирована. **Полиомиелит**, ещё недавно калечивший тысячи детей, практически побеждён. За последние 50 лет иммунизация предотвратила 154 млн смертей, в том числе 44 млн среди детей до 5 лет.

Так почему же мифы оказываются такими живучими? Дело в том, что они играют на самых сильных родительских чувствах, а именно на **страхе за ребёнка**. История о связи вакцины против кори, краснухи и паротита с аутизмом, опубликованная в 1998 году, была опровергнута, а её автор лишён медицинской лицензии за фальсификацию данных. Но отголоски этого скандала слышны до сих пор. Родители **боятся ртути** в составе препаратов, хотя тиомерсал давно исключён из большинства вакцин, а многочисленные исследования не нашли его связи с аутизмом. Боятся «перегрузки» иммунной системы, не подозревая, что ребёнок ежедневно встречается с **тысячами микроорганизмов** в обычной жизни. Верят, что естественное течение заболевания даст более «натуральный» иммунитет, забывая, что оно может закончиться смертью или тяжёлой инвалидизацией.

Важно создать **пространство для диалога**. Пусть пациентка расскажет, что именно её тревожит, откуда она получила информацию, какие истории её напугали. Часто за отказом от прививок стоит искренний страх, подкреплённый эмоциональными рассказами из интернета. Если не отмахнуться от этих опасений, а терпеливо и уважительно объяснить, опираясь на факты и цифры, можно **растопить лёд недоверия**. Женщина должна почувствовать, что её слышат, что её тревоги весомы, и тогда она сможет принять взвешенное решение.

[История о связи вакцины против кори, краснухи и паротита с аутизмом, опубликованная в 1998 году, была опровергнута, а её автор лишён медицинской лицензии за фальсификацию данных.]

Вакцинация — медицинская манипуляция, за которой стоит любовь и ответственность матерей и отцов. Наша общая цель заключается в том, чтобы каждый родитель **сделал выбор осмысленно**, на основании достоверных знаний, а не страхов. Ведь когда мать чувствует поддержку, а не осуждение, она способна услышать голос разума и защитить самое дорогое.



Почти столетие назад один из организаторов московского родовспоможения призывал **учить будущих матерей** ещё со школьной скамьи, чтобы оградить их от нелепых и опасных советов невежественных людей. Время идёт, такие школы появились, но изменился ли сам подход? Многие годы знания передавались через старших родственниц, повитух, затем через брошюры и плакаты. А сегодня женщина **тонет в потоке** противоречивой информации из интернета, где страх перед родами подогревается страшилками блогеров, а советы подруг перекрывают профессиональные рекомендации.

Вышедшие весной этого года **методические рекомендации** «Формирование ответственного родительства. Психологическая подготовка будущих матерей и отцов к рождению ребёнка» делают решительный шаг от простого информирования к настоящей психологической подготовке всей семьи. И здесь важнее всего дать слово женщине: пусть расскажет, что её пугает, откуда пришли тревоги, какие «бабушкины рецепты» она собирается использовать. Нередко страхи рождаются из незнания и ощущения, что рядом нет надёжного человека. Она **переживает**, что не справится, боится боли, опасается, что муж отвернётся и она останется с ребёнком одна. **Проговорить это вслух** — уже половина пути. А терпеливый, внимательный врач, который не отмахивается от этих опасений, а разбирает их по косточкам, становится для женщины той самой опорой.

Будущий отец — **второй ключевой участник**. Вовлечь его в беременность и уход за ребёнком — значит защитить мать от потенциальной депрессии и подарить ребёнку второго не менее значимого взрослого. Но и мужчина сам нуждается в поддержке: исследования показывают, что у многих отцов после рождения ребёнка нарастают тревожность и депрессия, которые порой скрываются за раздражительностью и уходом в работу. Поэтому Школа для беременных предоставляет **помощь для всей семьи**, где каждый получает право голоса.

Новый формат занятий включает практические семинары и лекции, посвящённые психологической адаптации к беременности, влиянию стресса, роли отца в поддержании здорового образа жизни, партнёрским родам и послеродовому периоду. Это живой разговор, в котором есть место **вопросам и личным переживаниям**. Задача специалиста — дать женщине и её партнёру возможность открыто говорить о том, что для них действительно важно.

Кстати, совсем скоро в издательстве StatusPraesens выйдет книга «Школа беременных», созданная ведущими практикующими акушерами-гинекологами (С.А. Князевым, М.Б. Хамошиной, А.С. Оленевым, Н.М. Толкач и др.) под моей редакцией. На страницах информационно-методического пособия вы найдёте подробное описание всех занятий, план, необходимые справочные и наглядные материалы, что существенно облегчит организацию этих школ. Это «дорожная карта» для подготовки женщины к материнству.



Цифровизация здравоохранения — один из реальных путей целенаправленного получения структурированной информации. Это опросники практически по всем вопросам, необходимым для начала диагностического поиска. Яркий пример — анкеты-опросники женщин с ХТБ: не тратя дефицитного времени, врач получает концентрированные критерии, вполне достаточные не только для предварительного диагноза, но и для заключительного, инструментально подтверждающего диагностическую концепцию. То же относится к патологическому климактерию, ПМС. К со-

жалению, эти риск-ориентированные технологии не освоены большинством врачей. Не отрицая значимости заполнения анкет пациентками как элемента самоанализа и передачи врачу мыслей о возможном патологическом процессе, использование этих ценных документов едва достигает 10%. Нет сомнения, что доказанно полезные (не все предложенные) опросники должны войти в состав клинических протоколов как важный инструмент расширения диагностического поиска. Электронные амбулаторные и стационарные карты — новый шаг к хранению информации о каждом пациенте, но возникла **проблема с её защитой**. Законодательство о врачебной тайне и персональных данных тщательно проработано, но в нём остаются тонкости и противоречия.

[Пациентка сама определяет круг лиц, которых можно информировать о её состоянии. Реализовать это право можно через письменное согласие, оформленное в соответствии с установленными требованиями.]

Пациентка **имеет право знать** всё о своём здоровье: диагноз, результаты обследований, риски и методы лечения. Отказ в предоставлении этого материала может грозить медицинской организации серьёзной ответственностью, вплоть до уголовной. Не менее важно понимать, кому и в каком объёме эти сведения можно передавать. Если женщина хочет, чтобы о её состоянии знал муж, близкие подруги или родственники, — это её право. Реализовать его она может только через **письменное согласие**, и здесь возникает самая деликатная дилемма.

Дело в том, что формулировки закона о доступе близких родственников к медицинской документации неоднозначны. Одни юристы считают, что супруг и близкие родственники **могут знакомиться** с документами и без разрешения пациентки, если она не выразила запрет. Другие настаивают: согласие нужно в **любой ситуации**. Официальных разъяснений нет, и в такой неопределённости клиницист оказывается между страхом нарушить закон и желанием помочь. Единственная безопасная страте-

гия — ориентироваться на волю самой женщины.

Пациентка сама определяет, кого из близких можно информировать о её лечении и на каких условиях. Специалист же должен **просить напрямую**: «Кому из близких вы разрешаете получать сведения о вашем лечении? Запрещаете ли вы кому-либо доступ к вашим документам?» И **зафиксировать ответ** в письменном виде.

Доверие между врачом и пациенткой строится на уверенности в том, что её тайна будет сохранена. Необходимо дать женщине возможность открыто проговорить все опасения, рассказать о том, что ей не хотелось бы раскрывать даже самым близким. И тогда, опираясь на закон и на её волю, специалист сможет найти **правильное решение**.



Законы, стандарты и протоколы — это всё каркас, но не душа медицины. Самая совершенная система останется холодной, если за ней не видно человеческую личность. Мы много говорим о правах пациенток, безопасности и новых подходах, но в суете инструкций **легко потерять главное** — ради кого всё затевается. Важно понять: что для женщины значимо, чего она боится и кому готова открыться. Тот, кто умеет слушать, **всегда найдёт** верное решение. Даже там, где предписания не дают точного ответа. И тогда любая неоднозначность, самый сложный на первый взгляд разговор превращаются в возможность проявить настоящую человечность. В этом и состоит искусство врача — соединить компетентность с эмпатией, знание с милосердием. **Внимание лечит, уважение помогает**. Именно это остаётся неизменным в любые времена. **SP**



[Информа- ционное опыление]

Для библиографических ссылок

• Маклецова С.А., Олина А.А., Ипастова И.Д., Бермуродова Н.Ш.,
Медведева А.И. Какие критические пищевые и витаминные дефициты
нужно корректировать всем или почти всем? Еда или лекарство? // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* —
2026. — №4 (135). — С. 21–28.

парадоксы дефицитов в эпоху изобилия

Какие критические пищевые и витаминные дефициты нужно
корректировать всем или почти всем? Еда или лекарство?



Авторы: канд. мед. наук **Маклецова** Светлана Александровна (Москва),
проф. **Олина** Анна Александровна (Санкт-Петербург), **Ипатова** Ирина
Дмитриевна (Москва), **Бемуродова** Нигина Шавкатовна (Москва),
Медведева Анастасия Игоревна (Москва)

Ещё в самом начале деятельного интереса StatusPraesens к теме анти-эйджинга (2021) главный редактор журнала, тогда ещё член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский на вопрос «**Как правильно питаться?**» ответил **односложно, но ёмко**: «Разнообразно!..». Метаанализ 2022 года¹ полностью подтвердил его интуитивную жизненную мудрость — **разнообразное** питание действительно увеличивает продолжительность и качество жизни*.

И тем не менее даже продуктивное разнообразие не способно полностью перекрыть те пищевые и витаминные дефициты, под удар которых попадаем все мы, причём повсеместно. И речь сейчас не о многочисленных «нутриентах» и «микронутриентах», сведениями о которых с избытком заполнено медицинское и даже немедицинское информационное поле. Часть из них действительно может оказывать (и оказывает) лечебное и оздоравливающее воздействие, однако есть проблема: поскольку за многими БАДами стоят рекламные и маркетинговые интересы, эти БАДы — хорошо **видно**. Они на слуху, их обсуждают, ругают, хвалят, покупают...

А между тем есть очень простые и совсем **базовые вещества**, в том числе **МАКРОнутриенты**, рекламировать которые никому не интересно, однако их дефицит распространён очень широко и наносит всем нам большой вред.

И об их недостатке надо знать, если мы всерьёз намерены сохранять качество своего тела до возраста долголетия.

* Объединённый анализ 20 лонгитюдных наблюдательных исследований (Mozaffari H. et al., 2022) показал: высокое общее разнообразие рациона ассоциировано со снижением риска смерти от всех причин на 22% (ОР 0,78; 95% ДИ 0,64–0,96).

Еда — основа жизни. С этой простой мыслью не поспоришь, однако, как всегда, «...дьявол в деталях». Наступившая «эпоха изобилия» дала каждому из нас возможность **выбирать, что есть**. В древние времена забитый мамонт составлял основу рациона всего племени на многие месяцы, и мысль «...не хочу я мамонта, а хочу фрикасе из перепёлки» никому не могла прийти в голову.

Сегодня всё изменилось. Не знаящие, что такое голод, современные дети имеют целый персональный **список** продуктов, которые они «не едят» (иногда до уровня «голового» вегетарианства), а в рационе взрослых уже давно нет **традиционных** круп (проса, например, или ячменя, да и гречка тоже «в опале»), мясных субпродуктов (а в деревнях ничего не шло на выброс, съедали даже хвосты), репы, брюквы, тыквы и прочих, как сейчас принято говорить, изысков «локальной кухни». Мы стали мало потреблять квашеной капусты, простокваши; мы не сильно следим за сезонностью **овощей**, а **рыба** при всей её доступности до сих пор не стала незаменимой частью **еженедельного** рациона.

[Наступившая «эпоха изобилия» дала каждому из нас возможность выбирать, что есть. И мы часто используем эту привилегию себе во вред, крайне обедняя свой рацион и накапливая дефициты.]

Итог тревожен: парадигма «**есть только вкусное**» очень сильно обеднила наш рацион и ещё глобальнее усилила те **парадоксальные пищевые дефициты**, о которых много говорят, но к восполнению которых подходят несистемно и чрезвычайно пассивно, не переводя это в плоскость решительных действий.

А между тем, **выбирая**, что конкретно **положить себе в тарелку**, нам всем надо руководствоваться не столько соображениями «хочу — не хочу, вкусно — невкусно», а глубоким пониманием, что набор продуктов — топливо и необходимый строительный материал для нашего тела.

Если автомобиль ездит на 95-м бензине, рачительный автовладелец не ста-

нет заливать в бак бензин АИ-92. Для человеческого тела тоже очень важно, что будет «залито в бензобак».

Какие дефициты нужно восполнять всем?

О пищевых и витаминных дефицитах говорят много (и даже слишком!), однако очевидная **однобокость** маркетингового и рекламного информирования **маскирует** реальные и действительно опасные для популяции метаболические «недостачи». И эти дефициты повсеместны, их нужно брать в работу всем, кто в самом деле хочет сохранить качество своего тела на максимально высоком уровне до очень продвинутого возраста.

Для начала эти дефициты нужно просто перечислить, сразу обозначив возможность их восполнения посредством **коррекции рациона**.

- Дефицит витамина D. Понятно, что этот «гормон» по большей части образуется в коже из провитамина D под влиянием УФ-облучения

(которого нам как раз и не хватает), однако часть витамина D всё-таки поступает с пищей. А вот восполнение необходимо **практически всем** — и тоже в виде биологически активной добавки, то есть в порядке расширения рациона.

- Дефицит железа. В целом его **можно** восполнять посредством усиления рациона, но получается не у всех.

- Дефицит ω -3 жирных кислот. Рыба в рационе полностью решает эту проблему, однако не все к этому **готовы**.

- Дефицит йода. Его полностью может восполнить йодированная соль.

- Дефицит фолиевой кислоты. Восполнить её продуктами питания

в принципе возможно, **однако** это не так просто, как в случае ω -3 жирных кислот или йода.

- Дефицит белка. Рацион, рацион и **ещё раз** рацион! Хотя и протеиновые добавки тоже возможны.

Витамин D: всем, всем, всем!..

Печальный факт: по данным многоцентрового российского исследования, дефицит или недостаточность витамина D имеют 72,1% обследованных взрослых россиян: весной — 84,2%, осенью — 62,4%^{2,3}. Это означает множественные и крайне неприятные риски для здоровья и качества жизни в целом.

- Из-за нехватки витамина D в кишечнике может ухудшаться всасывание **кальция**, что означает риск снижения МПК и дальнейшего остеопороза⁴ (за счёт мобилизации кальция из костных депо вследствие вторичного гиперпаратиреоза). Кроме того, поскольку витамин D участвует в формировании **мышечной ткани**, её функционировании и восстановлении, то его дефицит может увеличить предрасположенность к падениям^{4,5}, что в купе с остеопорозом означает неприемлемо высокую опасность **переломов**.

- Низкий уровень микронутриента ассоциирован также с повышенной частотой⁶:

- онкологических заболеваний;
- аутоиммунных нарушений;
- сердечно-сосудистых болезней;
- инфекций.

Хотя физиологическая потребность в витамине D установлена в РФ на уровне 600–800 МЕ/сут для взрослого населения⁷, есть данные, что профилактическая дозировка должна быть **выше**.

Адекватная концентрация витамина D в крови для подавления паратиреоидного гормона и предотвращения потери костной ткани составляет **30 нг/мл и выше**^{4,5}.

Такой уровень может обеспечить профилактический приём **1000–2000 МЕ витамина D ежедневно** или 7000–14 000 МЕ с частотой 1 раз в неделю (если витамина D меньше 20 нг/мл,



Почему этих дефицитов не было раньше?

Один из самых интересных вопросов-провокаций на эту тему — а почему наши бабушки и дедушки не страдали от этих дефицитов и успешно жили до вполне преклонных лет? Может быть, все эти витамины и БАДы — «от лукавого»?..

Так, да не так!.. Не всё, что активно рекламируют, в самом деле в недостатке, однако основания для **большей** подверженности **нас современных** пищевым дефицитам — всё-таки есть.

Выясняется, что высокая продолжительность жизни предыдущих поколений — распространённый и вредный миф. Если отследить средние показатели длительности жизни в СССР и потом в России, то становится очевидным: они всё равно жили меньше. Сегодня по продолжительности жизни мы достигли **исторического максимума** (и нацелены на ещё более выдающиеся результаты*)⁸.

Средняя продолжительность жизни мужчин после мощнейшей «просадки» в 1990-е перешагнула 60 лет совсем недавно — в 2006 году. Даже сегодня, кстати, мужчины в среднем живут на 10 лет меньше женщин. Да и женщины смогли достичь 75-летней продолжительности жизни только в 2011 году⁹. И у них никто не проверял уровень витамина D в крови, не оценивал и не корректировал обмен железа, уровень фолатов, разве что йодированная соль была повсеместно.

Таким образом, несмотря на то что наши бабушки и дедушки, закалённые испытаниями военного времени и советского периода в целом, были заметно «крепче» («*Гвозди бы делать из этих людей...*»), они не жили дольше нас. А вот более «крепкими» и менее болезненными — были, и вот почему.

Смертность детей до 5 лет в нашей стране с 1950 года (с этого года ООН начала вести статистику) до настоящего момента снизилась более чем в 30 раз. В 2025 году она составила 5,07 на 1000 живорождений¹⁰. Это огромное достижение цивилизации окончательно вывело *Homo sapiens* из-под влияния важнейшей движущей силы эволюции — **естественного отбора**.

Сегодня даже слабые и больные особи в человеческом социуме получают возможность дожить до репродуктивного возраста и **продолжить свои ослабленные гены в потомстве**. Если раньше дети с непереносимостью, например, глютена или нон-респондеры («не ответчики») по витамину D имели не так много шансов пережить ту же корь или ОРЗ, то сегодня благодаря вакцинации и в целом развитию медицины они благополучно выживают. Неминуемое следствие — распространённость «минималь-

ных» генетических отклонений от нормы у взрослого населения потихоньку растёт.

- Различные формы непереносимости глютена, по разным данным, сегодня затрагивают от 0,6 до 6% населения. В Великобритании частотность «проблем с глютенном» с 1993 по 2002 год выросла с 6 до 13,3 на 100 тыс. человек.

- Распространённость в европейской популяции полиморфизмов генов фолатного цикла в гетерозиготном выражении сегодня достигает 40%, в гомозиготном — 15–20%^{11,12}. Вполне объяснимо, что на этом фоне не падает, а местами даже **растёт** (!) частота ДНТ (самой известной группы врождённых фолатзависимых пороков развития) — несмотря на почти повсеместный приём фолатов при беременности, дефекты метаболизма не дают экзогенной фолиевой кислоте адекватно усвоиться.

В популяции постепенно копится груз **нелетальных генетических полиморфизмов**, которые раньше попросту «вымывались» из-за высокой детской смертности. Так что суждение о том, что прежние поколения были «крепче» нынешних, совершенно не лишено оснований. Наши бабушки потому и стали нашими бабушками, что были из крепкой, то есть из **выжившей, половины потомства**.

При этом, как ни странно, в их рационе было много **не-вкусного**, но полезного (гречка, каши, квашеная капуста, супы, субпродукты), парадигма «не любить мясо» никому не приходила в голову, рыбьим жиром (который был совершенно отвратителен на вкус!) терроризировали детей в детских садах, а другой соли, кроме йодированной, в магазинах не было.

Как бы то ни было, сегодня мы такие, какие есть, и счастливы продолжаться — даже с чуточку ослабленным геномом. Именно поэтому коррекция пищевых и витаминных дефицитов — **отличный лайфхак** (в прямом смысле этого слова!), которым нам надо пользоваться, исправляя наш избыточно эпикурейский рацион или потребляя горстями БАДы. И не важно как!

А как иначе достигать на уровне популяции заявленных президентом РФ целей национального развития в части продолжительности жизни?

* (см. Указ Президента РФ от 7 мая 2024 года №309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года»: повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году).

[Увеличение продолжительности жизни, достижения современной медицины, выхаживание недоношенных — несомненные успехи. Однако у каждой медали есть обратная сторона: накопление нелетальных мутаций может манифестировать в том числе пищевыми и витаминными дефицитами.]

нужны **лечебные** дозы). Такие же дозировки показали свою эффективность в онкологической, сердечно-сосудистой и противoinфекционной предикции.

Важность адекватного уровня витамина D подчёркнута в национальном гайдлайне по **остеопорозу** (2021)⁴, а также в проекте клинических рекомендаций РАЭ «Дефицит витамина D у взрослых»⁵.

Итак, в профилактических целях может быть рекомендовано потребление витамина D в дозе 1000—2000 МЕ/сут. При этом совершенно не лишним будет ориентироваться на уровень витамина в крови: во-первых, можно выявить глубокий дефицит витамина D, означающий необходимость лечебных, а не профилактических доз, а во-вторых, при динамическом контроле может обнаружиться принадлежность к группе нон-респондеров, и с этим надо будет отдельно и глубоко разбираться.

Безусловно, витамин D — широко рекламируемая субстанция. Однако даже это **не помогает** преодолеть его повсеместный недостаток на популяционном уровне. Похоже, рекламируют его всё-таки недостаточно. Здоровая нация должна иметь нормальный уровень витамина D в крови.

На уровне нации.

Железо: не всем, но многим

Вежегодной 3-месячной **готации железа** нуждаются примерно 41—42 млн россиян. Именно такое количество получается, если сложить 34 млн женщин репродуктивного возраста и примерно 7—8 млн девочек-подростков.

Неизбежное следствие сокращения рождаемости — рост у женщин количества **менструаций**. По оценкам акад. РАН В.Е. Радзинского, современная женщина переносит за свою жизнь около 400 менструаций по сравнению с 50—60¹³ во времена, когда женщины даже не смели мечтать о **регуляции рождаемости**. Один из побочных эффектов такого избытка менструаций — кровопотеря, не предусмотренная природой в этих объёмах.

Именно поэтому всем менструирующим россиянкам рекомендовано при-

нимать 30—60 мг/сут элементарного железа на протяжении трёх последовательных месяцев в году с целью профилактики анемии и железодефицитных состояний¹⁴.

Эти рекомендации ВОЗ (2016) в целом предназначены для жительниц территорий с распространённостью анемии 40% и выше¹⁴. Железодефицит, явный или латентный, — бич практически **каждой второй** менструирующей женщины, девушки и девочки-подростка в нашей стране^{13,15}.

А ведь дефицит железа означает нарушение синтеза гемоглобина и анемию, которую совершенно справедливо определяют как «...**универсальный гипоксический синдром**». Мало железа → мало гемоглобина → некому транспортировать в крови кислород → гипоксия тканей.

[Железодефицит определяют как «универсальный гипоксический синдром». Однако этим его негативное влияние на метаболизм не ограничено: нарушается работа большинства систем организма.]

Однако железо в целом задействовано в метаболизме гораздо шире — молекула железа служит кофактором более 70 ферментов, поэтому при ферродефиците заметно ухудшается работа мышечной, иммунной, эндокринной, нервной, мочевой систем, состояние всех покровных тканей (кожа, волосы, ногти)^{13,15}.

Безусловно, адекватное потребление **продуктов**, богатых железом (в первую очередь гемовым, то есть мясных продуктов), способно удерживать ферростатус в норме. Однако «эпоха изобилия» имеет свои парадоксальные «побочные эффекты» — отказ от мяса, полный или частичный, становится всё более **модным**, тем более что такие рекомендации активно распространяют поборники «здорового питания».

К тому же нельзя забывать, что 9,8 млн россиян, живущих за чертой бедности (2026)¹⁶, вместо мяса употребляют более дешёвые продукты типа сосисок с полупонятным составом, не способным восполнить никакие дефициты, кроме углеводного.

Омега-3 жирные кислоты:

парадокс парадоксов

Организм *Homo sapiens* по набору своих метаболических инструментов имеет множество ограничений. Например, организм коровы способен из растительного белка извлекать необходимые компоненты для синтеза 10 незаменимых аминокислот, нужных для строительства **животного белка**. А вот человек не располагает нужными ферментами — зато может получить их в готовом виде из **говядины**.

Ровно такие же ограничения организм человека имеет по ω -3- и ω -6-ПНЖК. Мы можем получать их только с пищей. Правда, ω -6-ПНЖК широко

распространены в продуктах питания, чего не скажешь об ω -3-ПНЖК.

Рацион современного человека **дефицитен** именно по длинноцепочечным ω -3-ПНЖК, поскольку в значимых количествах они есть лишь в жирной рыбе, водорослях, морепродуктах. Эти соединения отвечают за состояние клеточных мембран, **уравновешивают провоспалительное и атерогенное действие** ω -6-ПНЖК^{17–23}, содержание которых в рационе, напротив, избыточно.

Установлено, что идеальный для здоровья баланс между ω -6- и ω -3-ПНЖК находится в диапазоне от 4:1 до 1:1; допустимым пределом считают соотношение до 10:1^{24,25}. В рационе современных людей это равновесие сильно нарушено, вплоть до 10:40:1.

Например, **подсолнечное масло** содержит 60–74% ω -6-ПНЖК, поэтому, если использовать его в качестве основного на кухне, можно легко нарушить баланс. Лучше предпочесть рапсовое, горчичное, **оливковое** или авокадовое масло, содержащие около 10% ω -6 жирных кислот²⁶. Кроме того, **двух-трёх**

порций жирной рыбы в неделю достаточно, чтобы обеспечить рекомендуемый уровень потребления ω -3-ПНЖК.

Адекватное поступление ЭПК + ДГК в количестве 250 мг/сут регламентирован нормами физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для жителей РФ^{7,27}. Это количество ориентировано прежде всего на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний^{28,29}. Вместе с тем, по данным метаанализов, приём добавок ЭПК и ДГК в более высоких дозировках оказывает также другие лечебные и профилактические эффекты.

- Снижение риска деменции и когнитивного забеднения^{30–33}.
- Облегчение депрессии^{34,35}.
- Минимизация частоты и тяжести мигрени³⁶.
- Уменьшение протеинурии у пациентов с хронической болезнью почек³⁷.
- Умеренное увеличение мышечной массы (+0,33 кг) и улучшение результата теста «встань и иди» у пожилых³⁸.
- Облегчение боли и улучшение функции суставов при остеоартрозе³⁹.
- Оптимизация клинических исходов при пародонтите в качестве адъюванта нехирургического лечения⁴⁰.

«Эпоха изобилия» и тут «отметилась». Довольно много людей осознанно «не любят рыбу». И вот как раз им или надо пересматривать своё пищевое поведение, или всё-таки принимать ω -3-ПНЖК в виде добавок.

Йод: вся страна в зоне дефицита

Йодирование соли — одна из самых успешных профилактических программ в истории медицины. Швейцария внедрила её первой в 1922 году и на уровне нации резко снизила частоту зоба и связанных с ним состояний; в СССР соль стали йодировать с 1956 года. Однако после 1991 года эту практику отменили, разрешив к продаже и нейодированную соль, — и наша страна вернула населению йододефицит.

Россия принадлежит к территориям с доказанным природным дефицитом йода в почве и воде, а потому его содержание в продуктах (молоко, яйца, картофель, зерновые) — низкое; богатые же йодом морская рыба, морепродукты и водоросли занимают в рационе россиян скромное место. В среднем россияне потребляют 40–80 мкг йода при рекомендуемой дневной норме 150 мкг^{41,42}.

Йод необходим для синтеза тиреоидных гормонов, регулирующих скорость обмена веществ. Его дефицит особенно опасен на этапе внутриутробного развития и в детском возрасте, потому что приводит к врождённым аномалиям, перинатальной гибели, дефектам интеллектуального и физического

[Повсеместная фортификация поваренной соли йодом — единственная доказанная стратегия ликвидации дефицита йода на популяционном уровне.]

развития. У взрослых следствия нехватки микроэлемента — зоб и его осложнения, тиреотоксикоз, нарушения когнитивной функции, а при тяжёлом длительном дефиците (менее 20–25 мкг/сут) — истинный йододефицитный гипотиреоз⁴².

Согласно российским клиническим рекомендациям «Заболевания и состояния, связанные с дефицитом йода» (2024), основной инструмент восполнения — йодированная соль⁴². Нюанс, о котором стоит помнить самим и информировать пациентов: йод летуч. При кипячении теряется 22–60% йода, поэтому солить блюда лучше в конце или после приготовления, а саму соль хранить в закрытой ёмкости и использовать в течение 3–4 мес⁴².

В промышленном производстве продуктов и в домашней кулинарии йодированную соль используют отнюдь не всегда. Закрыть физиологическую потребность помогают БАДы: подросткам и взрослым рекомендуют 150 мкг йода ежедневно, детям 6–12 лет — 120 мкг, младше 5 лет — 90 мкг⁴².

Итак, каждому жителю страны с экологическим йодным дефицитом нужен свой гарантированный источник йода — йодированная соль или содержащая йод добавка. Не стоит дожидаться развития зоба и гипотиреоза, когда профилактика настолько проста.

Фолаты: дефицит с эффектом радиации

Печальный факт: витамина B₉ в рационе россиян тоже катастрофически не хватает. Например, низкие уровни этого микронутриента в крови выявили у 63% обследованных жителей Омска⁴³.

Человек, в отличие от растений и травоядных животных, синтезировать фолаты не умеет и полностью зависит от их поступления извне. При этом рекомендуемую суточную норму — 400 мкг — трудно получить из продуктов: 100 г варёной говяжьей печени содержит около 260 мкг витамина B₉, такое же количество чечевицы или нута — 140–175 мкг, отварной брокколи и брюссельской капусты — 60–100 мкг, полстакана варёного шпината — 115 мкг, один авокадо — 80 мкг, целый апельсин — 30–40 мкг⁷. Недобор возможен даже при тщательно спланированном рационе.

Между тем именно фолаты обеспечивают репликацию ДНК, что критически важно для деления и регенерации клеток. Эти микронутриенты участвуют в кроветворении, поддерживают целостность миелиновой оболочки нервных волокон и синтез нейромедиаторов, регулируют экспрессию генов⁴⁴. При дефиците первыми под удар попадают ткани с быстрым клеточным обновлением: костный мозг, эпителий ЖКТ, кожа и её придатки, иммунокомпетентные клетки, нервная ткань.

При дефиците фолатов ухудшается состояние слизистых оболочек и кожи, повышаются риски^{44–47}:

- мегалобластной анемии;
- атеросклероза;
- неврологических и психических расстройств, включая деменцию;
- онкологических заболеваний.

Показательно, что по степени разрушительного влияния на геном дефицит витамина B₉ сопоставим с относительно **высокими дозами радиации**: в культуре первичных лимфоцитов человека при дефиците фолатов обнаружили такие же разрывы ДНК, замедление пролиферации и остановку клеточного цикла — эффект, сопоставимый с облучением в дозе 1 Гр^{48,49}.

Особенно драматичны последствия такого дефицита для плода — от тяжёлых врождённых дефектов (в первую очередь пороков нервной трубки) до внутриутробной гибели^{50,51}.

Именно поэтому во многих странах — США, Канаде, Австралии, Великобритании (там с 2026 года) — обязательно **фортифицируют** фолиевой кислотой муку, макаронные изделия и крупы — по аналогии с йодированием соли⁵². В России такой практики нет, поэтому восполнение дефицита остаётся задачей самих жителей.

Разумная стратегия — регулярный приём **200–400 мкг фолиевой кислоты в день** в дополнение к богатому фолатами **рациону** (печень, зелень, бобовые, брокколи, орехи, цитрусовые, яйца). Предварительное тестирование генов фолатного цикла при этом не требуется: CDC подчёркивает, что стандартная доза 400 мкг эффективна независимо от MTHFR-статуса⁵².

От эритропоэза до нейромедиаторов — слишком многое в организме держится на фолатах, чтобы игнорировать их дефицит. 400 мкг в день — страховка качества жизни. Для всех без исключения.

Дефицит белка — главный парадокс рациона

Парадигма питания «есть только вкусное» привела к критическому недобору аминокислотного пула на фоне избыточного потребления рафинированных углеводов и жиров: средний современный житель РФ **номинально потребляет до 80,5 г белка в сутки**.

Однако этот макронутриент обеспечивает лишь 9,3–11,5% от общей калорийности рациона россиян при норме не



[Главный парадокс современного рациона — дефицит белка! Именно привычка «есть только вкусное» привела к критическому недобору аминокислот.]

менее 12%^{7,53}. При этом качественный дисбаланс усугубляется выраженным дефицитом полноценного рыбного и молочного белка, потребление которых в среднем на 25% ниже нормы⁵⁴.

Главный парадокс этого МАКРОнутриентного сбоя кроется в его **субклиническом, латентном течении**.

Коварство белковой недостаточности заключается в первую очередь в неэффективности рутинной лабораторной диагностики: сывороточный альбумин и общий белок крови длительно удерживаются в пределах нормы за счёт **компенсаторного катаболизма скелетной мускулатуры**⁵⁵. В результате скрытый дефицит манифестирует прогрессирующей ранней **саркопенией**, астенизацией, снижением иммунного статуса и торпидностью железодефицитных состояний к антианемической терапии.

Для своевременной верификации этого «немого» кризиса эксперты рекомендуют оценку состава тела (в том числе биоимпедансным методом) и анализ фракционного состава рациона с акцентом на распределении белка по приёмам пищи^{55,56}.

Исторический ориентир нормы потребления в 0,8 г/кг массы тела в сутки, установленный совместной консультацией ВОЗ/ФАО/УООН, экспертное сообщество сегодня расценивает лишь как минимальный порог предотвращения дистрофии у малоподвижных лиц⁵⁷.

Для обеспечения **стратегии активного долголетия** экспертная группа Европейского общества клинического питания и метаболизма (ESPEN) и исследовательская группа PROT-AGE рекомендуют следующие референсы.

- Метаболический оптимум — 1,0–1,2 г/кг массы тела в сутки для здоровых пожилых людей.
- При физической активности либо острых и хронических заболеваниях нормативы повышаются — 1,2–1,5 г/кг.
- При тяжёлых заболеваниях потребность может достигать 2,0 г/кг^{56–58}.

Восполнить повсеместный дефицит белка из одной лишь тарелки бывает трудно, к тому же есть риск спровоцировать алиментарный перебор по калоражу и липидам. Ряд экспертов в качестве оптимального решения предлагают **таргетное обогащение рациона протеинами** (в том числе в составе лечебного питания), однако некоторая контраверсионность такой рекомендации требует дальнейшего прояснения.

Без дефицитов! Любым способом

Повсеместные пищевые и витаминные дефициты — серьёзный фактор-минус, способный нанести ущерб **качеству жизни** как в текущем моменте, так и в **отдалённой перспективе**. О них нужно знать и эффективно восполнять **любым** способом. Главное — **не жить в дефицитном состоянии**.

- **Витамин D.** Предпочтительные рекомендации для сохранения качества жизни — 1000–2000 МЕ/сут (и они выше норм суточного потребления 600–800 МЕ/сут)^{4,7}. Однако от дотаций витамина D можно и вовсе отказаться, если определять его уровень в крови: норма — более 30 нг/мл (для предпочитающих некий «запас прочности» приемлем более строгий критерий от 40 нг/мл).
- **Железо.** Всем менструирующим женщинам, девушкам и девочкам-подросткам нужно по 3 мес в году ежегодно дотировать железо в дозе 30–60 мг/сут¹⁴. От этого тоже можно отказаться — наведавшись в лабораторию и убедившись, что гемоглобин и показатели обмена железа в норме.
- **ω-3-ПНЖК.** Этот дефицит можно восполнить, если 2–3 раза в неделю потреблять жирную рыбу. Если это невыполнимо, тогда ежесуточно нужно добавлять в рацион ω-3-ПНЖК с суммарным содержанием ДКГ и ЭПК 250 мг.^{7,27}
- **Йод.** Оптимальный способ восполнения дефицита йода (а это 95% территории РФ) — йодированная соль. Если домашнюю еду готовят без йодированной соли или человек часто питается вне дома, тогда йодный дефицит нужно восполнять добавками — в дозе 100–150 мкг/сут⁴².
- **Фолиевая кислота.** Содержание витамина B₉ в пищевых продуктах — на грани физиологической достаточности, и в целом типовой рацион чаще всего не может восполнить имеющийся дефицит. Расширить рацион за счёт продуктов с повышенным содержанием фолиевой кислоты возможно, но это требует отдельного внимания. Поскольку в РФ, в отличие от ряда других стран, нет законодательно закреплённых программ фортификации продуктов питания фолиевой кислотой (по типу йодирования поваренной соли), то всё-таки желательно дотировать рацион этим витамином в дозе 200–400 мкг/сут⁵².
- **Дефицит белка.** Современные потребности в белке составляют от 1,0–1,2 г/кг массы тела в сутки до 1,5–2,0 г/кг при физической активности и заболеваниях^{55,56}. «Добывать» недостающий белок необходимо — и это в первую очередь **расширение рациона**, однако существует мнение (пока несколько контраверсионное!), что дефицит белка следует восполнять посредством лечебного **протеинового питания**.



Гиппократ был мудр: «Пусть еда будет лекарством!» А лекарства, как мы знаем, не **должны быть вкусными**. Они должны оказывать своё лечебное воздействие. Именно поэтому иногда, даже если человеку «...невкусно и он это не любит», нужно, просто необходимо есть мясо, фасоль, зелёные части растений («силос»), рыбу, морепродукты, морскую капусту.

Ибо — каким должно быть полноценное питание?

Правильно — разнообразным! Как и сказал в своё время наш главный редактор. И тогда, может быть, не понадобится «восполнять дефициты» капсулами, саше и таблетками. **SP**



«СуперэйджингУмным затишье2#CM» —
МАХ-канал Светланы Маклецовой

Библиографию см. на с. 80–87.



StatusPraesens

**Мед
полит**

Для библиографических ссылок

• Печерей И.О. Особенности предоставления информации о пациенте третьим лицам // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2026. — №4 (135). — С. 31–36.

обмен данными

Особенности предоставления информации о пациенте третьим лицам



Автор: Иван Олегович Печерей, канд. мед. наук, доц. кафедры судебной медицины и медицинского права Российского университета медицины, медицинский юрист, эксперт качества медицинской помощи, руководитель комитета по развитию права и законодательства Ассоциации по защите прав в сфере здравоохранения (Москва)

В настоящее время, особенно в связи с интенсивным развитием цифровизации, во всех отраслях современной жизни, в том числе и в здравоохранении, важное значение приобретает **защита от несанкционированного доступа** к личной информации граждан, в том числе и пациентов. При этом действующее законодательство, несмотря на довольно серьёзную проработку и тщательное регулирование этого вопроса, не всегда совершенно, и в нём присутствует ряд нюансов и коллизий, на которые хотелось бы обратить внимание.

Согласно ст. 2 Федерального закона №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27 июля 2006 года под информацией понимают сведения (сообщения, данные) независимо от формы их представления¹. При этом обладатель такой информации — лицо, самостоятельно создавшее информацию либо получившее на основании закона или договора право **разрешать или ограничивать доступ** к информации, определяемой по каким-либо признакам.

Иными словами, обладателем информации может быть **как сам пациент, так и медицинская организация**, в которую он обращался за медицинской помощью.

Информацию о пациенте условно можно разделить на три вида: о здоровье пациента, персональные данные человека, а также любые сведения иного характера, которые были получены от гражданина.

Тайна сия велика есть

Тесным образом с информацией о пациенте связан правовой институт **врачебной тайны**, сохранение которой наряду с сохранением конфиденциальности персональных данных становится **обязанностью медицинской организации** по смыслу п. 4 ч. 1 ст. 79 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года (ФЗ №323)².

Так, в силу ч. 1 ст. 13 ФЗ №323 к врачебной тайне относят сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, то есть определённая информация². Законодательством (ч. 2 ст. 13 ФЗ №323) также установлен **запрет на разглашение сведений**, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым

[К врачебной тайне относят сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные данные, полученные при его обследовании и лечении.]



© Pngutenberg/istock / essentials/istock

они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей².

Согласно этой норме, запрет распространяется **на всех без исключения лиц**, которым стала известна информация, составляющая врачебную тайну². В частности, это касается всего персонала медицинской организации, а не только медицинских работников, как принято считать. Например, эту информацию могут получить штатные юристы лечебного учреждения, сотрудники бухгалтерии, водители и другие работники, соответственно, запрет о разглашении подобных сведений распространяется и на них тоже.

По взаимному согласию

Законодательством установлено условие, когда **допускается передача сведений**, составляющих врачебную тайну, а также случаи, когда возможно её разглашение без согласия пациента. Так, на основании ч. 3 ст. 13 ФЗ №323 разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях допускается с **письменного согласия** гражданина или его законного представителя².

Согласие также может быть выражено в **информированном добровольном согласии** на медицинское вмешательство. При этом в ч. 4 ст. 13 ФЗ №323 перечислены специальные случаи, когда врачебную тайну можно разглашать **без согласия пациента**².

Я хочу знать!

Информации о состоянии здоровья посвящена ст. 22 ФЗ №323, согласно первой части которой **каждый имеет право** получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии

заболевания, установленном диагнозе и прогнозе развития патологического состояния, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи².

За отказ в предоставлении гражданину информации (в том числе о состоянии здоровья) **предусмотрена ответственность** — как административная (ст. 5.39 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях №195-ФЗ от 30 декабря 2001 года, КоАП РФ) так и уголовная (ст. 140 Уголовного кодекса Российской Федерации №63-ФЗ от 13 июня 1996 года, УК РФ)^{3,4}. В отдельных случаях отказ от предоставления гражданину информации может стать основанием для **компенсации морального вреда** (см. решение Усть-Вымского районного суда Республики Коми по делу №2-778/2026 от 27 мая 2026 года)⁵.

В связи с этим важно понимать, **кому можно предоставлять информацию** о состоянии здоровья пациента. Согласно ч. 4 ст. 22 ФЗ №323, **супруг (супруга), близкие родственники** (дети, родители, усыновлённые, усыновители, родные братья и сёстры, внуки, дедушки, бабушки) **либо иные лица**, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну². Однако в этой норме есть некая неопределённость правового регулирования, позволяющая **трактовать её положения двояко**.

Речь идёт о том, должны ли перечисленные в ч. 4 ст. 22 ФЗ №323 близкие родственники быть указаны в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, для ознакомления с медицинской документацией пациента, исключая случай его смерти, то есть при его жизни, или же это обязательное условие относится только к «иным лицам», которые не приходится пациенту близ-

кими родственниками? Союз «либо» перед «иными лицами» в этом случае запутывает ситуацию. Именно поэтому в настоящее время существует **две трактовки этой нормы**.

- Близкие родственники пациента, перечисленные в ч. 4 ст. 22 ФЗ №323, могут знакомиться с медицинской документацией пациента при его жизни без его письменного на это согласия при условии отсутствия запрета со стороны пациента на такое ознакомление.

- Противоположная точка зрения, которой придерживается автор настоящей статьи, согласно которой близкие родственники пациента, равно как и «иные лица» по смыслу ч. 4 ст. 22 ФЗ №323, должны быть указаны в письменном согласии пациента на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Каких-либо официальных разъяснений по этому вопросу в настоящее время нет. Даже в одной из справочно-правовых систем есть **два прямо проти-**

На личном опыте

В личной судебной практике автора есть административное дело, суть которого сводилась к тому, что истец просила суд признать незаконным решение медицинской организации в отказе от предоставления медицинской документации её совершеннолетней дочери для ознакомления, **обязании предоставить медицинскую документацию**. В обоснование требований истец указала, что в октябре 2022 года её беременная дочь Х. поступила в медицинскую организацию ответчика и родила двоих детей. После родов состояние дочери стало ухудшаться, и её перевели в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. После этого истец обратилась в медицинскую организацию ответчика с заявлением об ознакомлении с медицинской документацией, в чем ей было отказано, что **нарушает права истца**. Однако суд не нашёл каких-либо оснований для удовлетворения исковых требований.

Так, в решении Пушкинского городского суда Московской области от 21 марта 2023 года по административному делу №2а-2335/2023 отмечено, что, «оценив представленные доказательства, суд приходит к выводу о правомерности решения ответчика об отказе в предоставлении медицинской документации истцу, которое **не поименовано пациентом как лицо**, которому могут быть разглашены сведения, составляющие медицинскую тайну, в данном случае права истца не нарушены. Суд принимает во внимание, что на момент предоставления ответа пациентка умерла, вместе с тем истец не представила свидетельство о смерти ответчику, в связи с чем у ответчика не было оснований представлять медицинскую документацию для ознакомления истцу как матери умершего пациента».

В суде апелляционной инстанции решение суда первой инстанции было оставлено без изменений⁶. В частности, в определении суда отмечено, что «необходимость указания в письменном согласии на разглашение врачебной тайны или в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство **конкретного лица**, включая лиц из числа членов семьи и близких родственников, которому может быть разглашена врачебная тайна гражданина после смерти, обусловлена конституционным предписанием о неприкосновенности частной жизни, личной и семейной тайны».

[За отказ в предоставлении гражданину информации предусмотрена ответственность — как административная, так и уголовная. Иногда такой отказ может стать основанием для компенсации морального вреда.]

воположных ответа разных юристов на схожий вопрос, касающийся этой проблемы.

По новым правилам

Частным случаем предоставления информации о пациенте и состоянии его здоровья считается выдача медицинской организацией **медицинских заключений и справок** различного рода. Так, с 1 сентября 2026 года вступает в силу новый Порядок выдачи справок и медицинских заключений, утверждённый приказом Минздрава РФ №286н от 15 апреля 2026 года⁷, принятый вместо старого аналогичного Порядка №972 от 14 сентября 2020 года⁸. В новом документе, как и в старом, в п. 1 устанавливаются правила выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений пациенту, его законному представителю либо супругу (супруге), близким родственникам (детям, родителям, усыновлённым, усыновителям, родным братьям и родным сёстрам, внукам, дедушкам, бабушкам, полнородным и неполнородным — имеющим общих отца или мать — братьям и сёстрам) либо иным лицам, указанным пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, в том числе после смерти пациента, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Однако в новом порядке появляется дополнение в п. 1, а именно возможность выдачи справок и медицинских заключений **неким «иным лицам»**, которые не конкретизированы каким-либо образом, но при этом подразумевается, что какого-либо согласия пациента для выдачи справок и медицинских заключений, содержащих информацию о состоянии его здоровья, не нужно.

Здесь возникает **та же неопределённость правового регулирования**, как отмеченная ранее в ч. 4 ст. 22 ФЗ №323². При этом, по нашему мнению, к иным лицам в данном случае следует относить лиц, которые поименованы в ч. 4 ст. 13 ФЗ №323, содержащей перечень случаев, когда врачебная тайна может

[Выдача справок и медицинских заключений третьим лицам (даже близким родственникам) без соответствующего согласия пациентов на распространение их персональных данных представляется невозможной.]

быть разглашена без письменного согласия пациента. По смыслу вышеприведённой статьи такими лицами будут следующие.

- Органы дознания и следствия, суд, органы прокуратуры, органы уголовно-исполнительной системы.
- Родители несовершеннолетних пациентов или иные законные представители, а также законные представители лиц, лишённых дееспособности.
- Органы внутренних дел.
- Военные комиссариаты, кадровые службы и военно-врачебные (врачебно-лётные) комиссии федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба.
- Другие медицинские организации.
- Органы, контролирующие качество и безопасность медицинской деятельности, а также осуществляющие контроль в системе обязательного социального страхования.

Третий — не лишний?

Тем не менее возникает естественный вопрос: так **можно ли выдавать** справки и медицинские заключения близким родственникам пациента без его на это согласия при жизни? На наш взгляд, всё же **этого делать не стоит**. Между тем в данном контексте следует рассмотреть вопрос о предоставлении персональных данных пациента третьим лицам без его согласия.

Так, в силу п. 1 ст. 3 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 27 июля 2006 года (ФЗ №152) под персональными данными понимают **любую информацию**, относящуюся к прямо или косвенно определённому или определяемому физическому лицу (субъекту персональ-

ных данных)⁹. При этом медицинская организация по смыслу ФЗ №152 выступает оператором персональных данных, то есть юридическим лицом, самостоятельно или совместно с другими лицами организующим и (или) осуществляющим обработку персональных данных, а также определяющим цели обработки персональных данных, состав персональных данных, подлежащих обработке, действия (операции), совершаемые с персональными данными (п. 2 ст. 3 ФЗ №152). В соответствии с ч. 1 ст. 7 ФЗ №152 операторы и иные лица, получившие доступ к персональным данным, **обязаны не раскрывать третьим лицам** и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено федеральным законом⁹.

В свою очередь справки и медицинские заключения в обязательном порядке будут содержать те или иные персональные данные пациентов, на распространение которых третьим лицам необходимо соответствующее согласие. Таким образом, по нашему мнению, выдача справок и медицинских заключений третьим лицам **без соответствующего согласия пациентов** на распространение их персональных данных представляется невозможной.

Случаи из судебной практики

Интересна судебная практика по этому вопросу. Так, гражданин К. обратился с иском о компенсации морального вреда в размере 250 000 руб. к медицинской организации в связи с тем, что ответчиком ему было отказано в предоставлении информации о состоянии здоровья его малолетнего сына ввиду отсутствия согласия на распространение персональных данных со стороны матери его сына Я. Постановлением мирового



судьи Жешартского судебного участка Усть-Вымского района Республики Коми от 7 апреля 2026 года должностное лицо медицинской организации **юрисконсульт Д. признана виновной** в совершении административного правонарушения, предусмотренного ст. 5.39 КоАП РФ³, назначено административное наказание в виде предупреждения. В свою очередь в результате неправомерного отказа истец испытал нравственные и физические страдания, стресс из-за некомпетентности и превышения должностных полномочий. Здоровье истца ухудшилось, что выразилось в длительной болезни, обострившейся на фоне длительного эмоционального потрясения. Указанные действия медицинской организации негативно отразились на психике истца и чувстве собственного достоинства как отца.

[Операторы и другие лица, получившие доступ к персональным данным, обязаны не раскрывать третьим лицам и не распространять эту информацию без согласия субъекта персональных данных.]

Суд, принимая во внимание постановление мирового судьи Жешартского судебного участка Усть-Вымского района Республики Коми от 7 апреля 2026 года, согласно которому должностное лицо медицинской организации признано виновным в совершении административного правонарушения, предусмотренного ст. 5.39 КоАП РФ³, а также в силу ст. 61 Семейного кодекса РФ¹⁰ о том, что родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей (родительские права), и учитывая то обстоятельство, что ухудшение здоровья истца не находится в прямой причинно-следственной связи с действиями ответчика, принял решение **удовлетворить искивые требования частично** и взыскать с медицинской организации 1000 руб. в пользу К.⁵

В другом случае гражданка П. обратилась с иском к медицинской организации о **компенсации морального вреда** в размере 50 000 руб., указав, что гражданке Т. ответчиком была выдана справка, подписанная врачом-психиатром, на имя истца о том, что она не

состоит на учёте у психиатра и нарколога. Истец согласия на получение вышеуказанной справки гражданкой Т. ответчику не давала и сама за получением вышеуказанной справки не обращалась.

Требования истца **были удовлетворены частично**. В обоснование решения суд указал, что сведения об обращении за медицинской помощью и психиатрическом, наркологическом учёте, а равно и отсутствие таких сведений, содержащихся в медицинской справке, также относятся к врачебной тайне, охраняемой законом, и, кроме того, данная справка считается носителем персональных данных, в связи с чем правоотношения по её раскрытию третьим лицам регулируются в том числе ФЗ №152-ФЗ. Как установлено судом и не оспаривалось со стороны ответчика, эту справку выдал на руки Т. секретарь главного врача

ответчика в **отсутствие согласия истца на передачу** таких сведений третьим лицам — Т. Обстоятельства, допускающие распространение сведений без согласия гражданина, установленных ч. 4 ст. 13 ФЗ №152, перечень которых исчерпывающий, при этом отсутствовали». В итоге суд взыскал с медицинской организации 6000 руб. компенсации морального вреда в пользу истца (см. решение Каменского городского суда Пензенской области от 6 мая 2024 года по делу №2-207/2024)¹¹.

Ещё один случай связан с подачей административного искового заявления прокурора в интересах неопределённого круга лиц о признании информации, **размещённой на сайте в сети Интернет**, запрещённой к распространению на территории РФ. Так, в обоснование заявленных требований он указал, что прокуратурой проведена проверка функционирующих в открытой телекоммуникационной сети интернет-ресурсов, предлагающих в открытом доступе реализацию паспортов гражданина РФ. Установлено, что интернет-сайт

содержит предложения приобретения дистанционным способом за плату любыми пользователями, находящимися на сайте, листов нетрудоспособности (больничных листов), медицинских книжек и различных медицинских справок (свободной формы из лечебного учреждения, 095 с/у, донорской и др.). Открытый доступ к указанному интернет-сайту создаёт возможность его просмотра для неопределённого круга лиц. Таким образом, информация, содержащуюся на странице названного сайта и распространяемую посредством сети Интернет, в силу положений закона считают информацией, **распространение которой в России запрещено**.

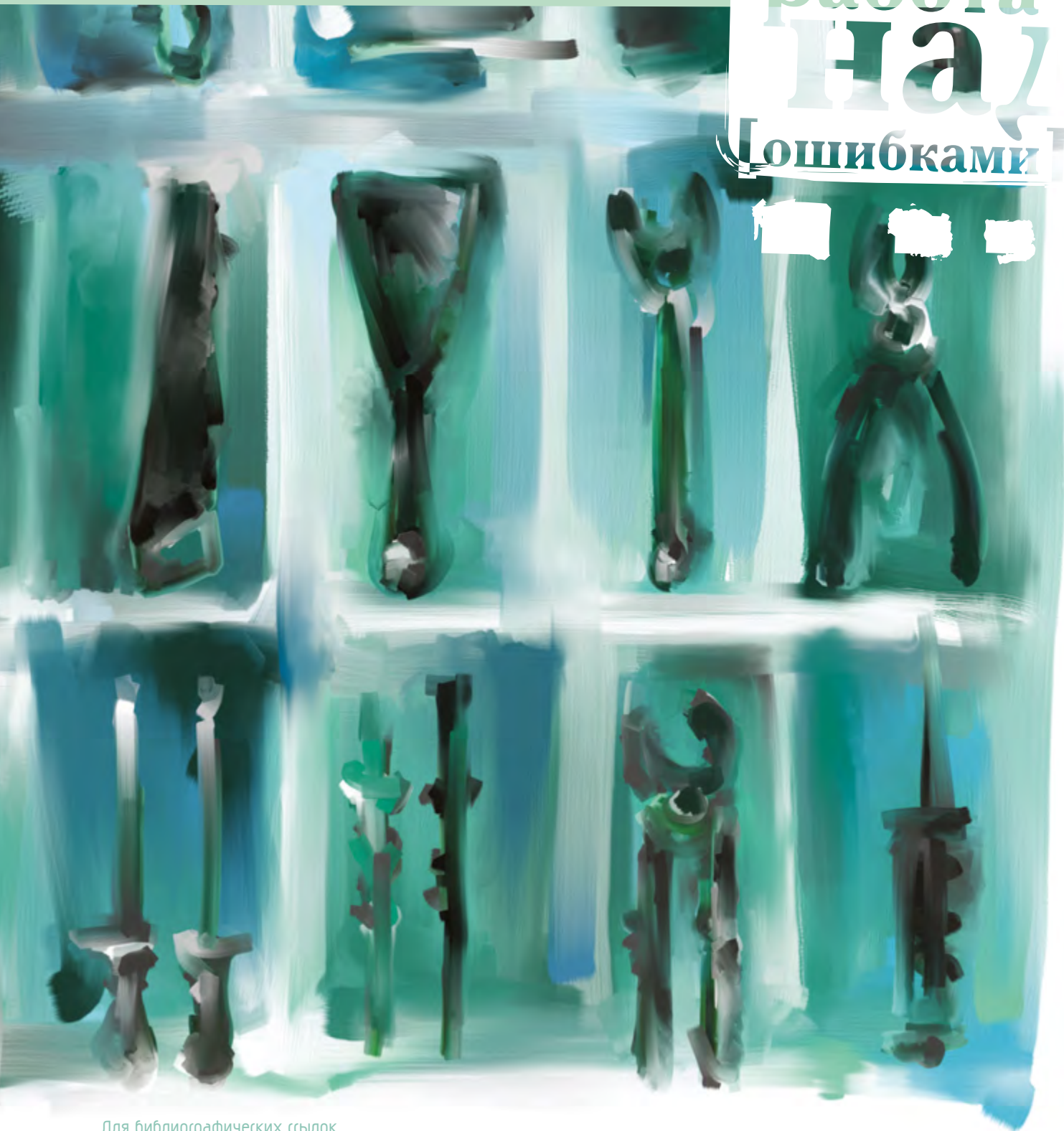
Суд установил, что, поскольку в соответствии с действующим законодательством предоставление возможного доступа к информации, содержащей сведения о продаже, в том числе дистанционной, медицинских документов без проведения медицинских осмотров и сдачи анализов фактически считается распространением информации, **подстрекающей к совершению административного правонарушения**, предусмотренного ст. 19.23 КоАП РФ³, преступлений, предусмотренных ст. 327 УК РФ⁴, и нарушению федерального законодательства, то информация, распространяемая на интернет-сайте, подлежит признанию информацией, распространение которой на территории РФ запрещено (решение Химкинского городского суда Московской области от 14 апреля 2026 года по делу №2а-3601/2026).



Предоставляя информацию о пациенте третьим лицам, следует учитывать **требования действующего законодательства** к защите сведений, составляющих врачебную тайну, а также к **сохранению конфиденциальности** персональных данных. С учётом приведённой правоприменительной практики также рекомендовано предоставлять информацию о состоянии здоровья пациента и иные полученные от него данные третьим лицам (за исключением лиц, поименованных в ч. 4 ст. 13 ФЗ №323) **исключительно с письменного согласия пациента**. **SP**

Библиографию см. на с. 80—87.

работа На Дошибками



Для библиографических ссылок

• Князев С.А. Современная просветительская работа с будущими родителями // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2026. — №4 (135). — С. 75–79.

СНОВА В ШКОЛУ

Современная просветительская работа с будущими родителями



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)

Выдающийся московский акушер и организатор столичного родовспоможения Григорий Львович Грауэрман писал незадолго до своей смерти: «Необходимо обратить внимание на то, чтобы **уже на школьной скамье** будущие матери обучались всему, что им должно знать именно как будущим матерям, касающееся их самих и ребёнка. Необходимо устройством школ материнства, изданием листовок, брошюр, организацией передвижных выставок и общедоступных чтений развивать **правильные понятия о материнстве и младенчестве...**»¹

За прошедшие 100 лет можно признать: попытки создания курса этих знаний для получения их «на школьной скамье» так и не увенчались успехом, но школы матерей не просто появились, они прошли **большой эволюционный путь** по своему качественному составу.

Долгое время источником знаний о беременности и родах для молодых женщин выступали их собственные матери, свекрови или повитухи. Научно обоснованная информация о беременности, родах и уходе за ребёнком излагалась в учебной литературе, предназначенной для повивальных бабок, которых до начала XIX века насчитывались единицы. Во второй половине XIX столетия, когда возросли возможности книгопечатания, стали появляться издания **для самостоятельного изучения женщинами**. Однако низкая грамотность населения (в 1897 году в Российской империи было 29,3% грамотных мужчин и 13,1% — женщин²) и высокая стоимость таких изданий (популярная

книга «Мать и дитя» стоила 3 руб. при месячной зарплате женщин рабочих профессий около 10 руб. в месяц) делали их **недоступными для массовой аудитории**³. Просвещение матерей требовало иного, системного подхода, и он появился.

«При губ- и окрздравах
подотделы
охматмлага»^{*}

Смена общественного строя в России в 1917 году поставила помощь матерям и детям на совершенно иной уровень — государственный. В первые недели су-

* После революции 1917 года в русском языке произошёл взрывной рост сокращений и аббревиатур, вызванный, с одной стороны, необходимостью быстрого переименования большого числа учреждений, с другой — желанием создать новый «революционный» язык. Приведённая в заголовке фраза означает: при губернских и окружных отделах здравоохранения подотделы охраны материнства и младенчества⁴.

[Несмотря на появление эпидуральной аналгезии, немедикаментозные методы не только нигде не исчезли, но и в настоящее время остаются популярными, хотя и пребывают в относительном меньшинстве.]

ществования советской власти был образован **отдел по охране материнства и младенчества** при Народном комиссариате государственного призрения, через полгода перешедший в Народный комиссариат здравоохранения. Появившимся новым структурным единицам первичной акушерской помощи — фельдшерско-акушерским пунктам и женским консультациям — вменялось в обязанность не только обследование и наблюдение за беременными, но и **санитарно-просветительская работа**, которая «должна служить противовесом против нелепых и зачастую опасных советов, которые женщина и в наше время сплошь да рядом слышит из уст невежественных бабок, соседок, женщин старшего поколения»⁴.

Учитывая дефицит кадров, редко позволяющий полноценно проводить индивидуальные занятия с будущими матерями, дополнительной мерой в просветительской работе была **наглядная агитация**: «Все необходимые знания по соблюдению гигиены беременности женщина получает при личной беседе с врачом или медицинской сестрой консультации, путём ознакомления в консультации с выставками и плакатами, при чтении рекомендуемой ей **специальной научно-популярной литературы** и т.д.»⁵. Последний вариант стал доступным для населения благодаря ещё одному достижению советской власти — борьбе с безграмотностью.

Широкое распространение в женских консультациях Советского Союза школы матерей получают после Второй мировой войны. Темы, рассматриваемые в послевоенных школах, отличались от обсуждаемых в первые послереволюционные

годы: разделы, посвящённые профилактике сифилиса, стали занимать меньше места, уходу за новорождённым и его болезням — больше, но ключевым нововведением того периода была **психопрофилактическая подготовка к родам**, направленная на снижение их болезненности.

Психопрофилактическая подготовка к родам

Появление этого метода стало следствием двух факторов: разочарования в прежних методах обезболивания (эфире, морфине, хлоралгидрате и прочих) ввиду отрывкой их токсичности или опасности и накопления в популяции рожениц женщин, прошедших подготовку в женских консультациях, которые занимались развенчанием передаваемых веками, из поколения в поколение, **представлений о непреходящих «родовых муках»**. Прежнюю догму заменяли в сознании беременной информацией о **естественности процесса**, сопровождающегося болезненностью, которую она легко переносит. Яркость и эмоциональность выражений, которыми описывали процесс родов, впечатляет и в наши дни: «Как боец в пылу боя, одержимый стремлением продвижения вперёд, иногда совершенно не чувствует своего ранения, так и женщина, мечтая о ребёнке, в родах не чувствует болезненности. Наоборот, женщина, одержимая страхом боли, даже безболезненную схватку принимает за начало более и уже готовится к чему-то страшному, предупреждая об этом криком»⁶.

Выдающийся советский акушер Николай Сергеевич Бакшеев выделял ключевые моменты психопрофилактической подготовки, но при этом справедливо констатировал: «Практика показала, что значительная часть рожениц нуждается ещё в **применении медикаментозных средств** анальгезирующего и психоседативного действия»⁷. Двойственность в отношении обезболивания сохранилась до настоящего времени: несмотря на появление эпидуральной анальгезии, немедикаментозные методы не только **никуда не исчезли, но и остаются популярными**, хотя и пребывают в относительном меньшинстве.

Ещё одной эволюционной особенностью послевоенной школы матерей стала **популяризация физической активности** беременной: гимнастических и физических упражнений. Старую парадигму, предписывающую в качестве универсального средства от всех напастей и осложнений постельный режим, стали заменять здоровой формулой «движение = жизнь». Разделы, посвящённые гимнастике, с подробными рисунками стали занимать всё большее место в научно-популярной литературе. Однако в «священный и незыблемый» раздел «Как себя вести после родов» активность проникала с большим трудом.

Активизация ранняя и не очень

«**Раннее вставание родильниц**», которое «способствует укреплению мышц, правильному кровообращению, улучшает аппетит, способствует правильному опорожнению кишечника, даёт хороший сон, что так необходимо для нормального течения послеродового периода», в качестве антитезы уста-

Роды без боли

Ключевые моменты психопрофилактической подготовки по Н.С. Бакшееву.

- **Словесные воздействия** в процессе групповых или индивидуальных занятий способствуют нормализации основных корковых процессов — возбуждения и торможения. Создаётся и постепенно закрепляется дополнительный очаг в коре головного мозга, что обуславливает максимальную подвижность рефлекторных реакций, обеспечивающих нейрогуморальную регуляцию родового акта.
- **Устранение страха и снятие отрицательных эмоций**, возникающих в течение беременности, способствуют уменьшению болей в родах и нормализации сократительной функции матки.
- **Выработка и закрепление установки** на безболезненное течение родового акта как процесса физиологического.

[Для эмоционального состояния женщины важно, определяет ли будущий отец период беременности и родов как её обязанность или как общую задачу.]

ревшему постельному режиму в течение нескольких недель (!) после родов стало набирать популярность в 1920—1930-е годы. Однако ранним считали вставание «через двое суток после родов» с разрешением «перейти на пару часов на диван или кушетку», а «к концу недели родильница может проводить вне постели 1—2 часа до обеда»⁴.

После Второй мировой войны всё продолжало находиться в исходной точке: «в первые дни послеродового периода **должен соблюдаться постельный режим**». Активностью стали считать простые движения в кровати: «продолжительное неподвижное положение оказывает неблагоприятное влияние и на общее состояние родильницы... Здоровая родильница к концу первых суток может поворачиваться на бок... Здоровая женщина, если она чувствует себя достаточно сильной, может осторожно присаживаться в постели на 3-и сутки после родов, сидеть на 4-е сутки и вставать на короткое время на 5-е сутки. Раньше вставать не рекомендуется, так как на 3—4-е сутки после родов наблюдается, как мы указывали, подъём температуры»⁵. Самое трагичное, что на занятиях и лекциях врачи женских консультаций **запугивали женщин** не хуже, чем уже упомянутые невежественные бабки: «Каждая родильница должна помнить, что она имеет право поворачиваться и сидеть, только получив разрешение врача. Иногда приходится наблюдать, как неразумное поведение родильницы (встряхивание градусника, вставание без разрешения врача, самовольное сцеживание молока и т.п.) влечёт за собой серьёзные осложнения в послеродовом периоде»⁵. Акушерка фельдшерско-акушерского пункта имела право оставить родильницу на попечение родственников уже через 3—4 ч нормально протекающего послеродового периода⁸. Можно подумать, что жительница села или деревни, имеющая своё подсобное хозяйство и домашний скот, сможет встать лишь на 5-е сутки. Сочетание анахронизма и абсурда кажется смешным, но насколько далеко мы сегодня от них ушли?

Действующие клинические рекомендации по послеродовому наблюдению указывают в перечне критериев качества оказания помощи: «выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное на 3-е сутки после родов» и «выполнен общий (клинический)



Создано при помощи Krea 2.

Уроки для будущих родителей

Зачатие, беременность и роды — **важный «проект» в жизни родителей**, и для успешного его воплощения в жизнь необходимо своевременно и правильно отнестись к его подготовке. В море информации, посвящённой этому вопросу, легко потеряться, кроме того, собранные по крупицам в разных местах сведения нередко оказываются несистематизированными и вызывают ещё большую путаницу. Именно поэтому консультирование матерей и отцов с медицинскими специалистами и посещение **специализированных занятий** для будущих родителей позволит получить проверенные и актуальные данные, уже разложенные «по полочкам».

В скором времени в свет выйдет книга «Школа беременных», созданная ведущими практикующими акушерами-гинекологами (С.А. Князевым, М.Б. Хамошиной, А.С. Оленевым, Н.М. Толкач и др.) под редакцией акад. РАН, проф. В.Е. Радзинского. Это информационно-методическое пособие для врачей можно назвать «дорожной картой» для подготовки женщин к материнству: **описание шести занятий** в Школе для беременных с подробным планом уроков, необходимыми справочными и наглядными материалами, с объяснениями и советами для благоприятного течения гестации, родов и послеродового периода. Издание позволит практикующим специалистам, обучающим беременных в женских консультациях, клиничко-диагностических отделениях или центрах женского здоровья, подготовиться к занятиям и уверенно их провести.

анализ крови на 2-е—3-е сутки после родоразрешения»⁹. То есть, невзирая на группу риска, к которой относят родильницу независимо от течения родов и её самочувствия, мы всё равно **будем держать её в стационаре**, чтобы выполнить ультразвуковое исследование. Как говорится, спасибо, что хоть на ссезивание разрешения спрашивать не нужно. Однако вернёмся к Школе матерей.

Смена вех

Занятия, построенные на комбинации «психопрофилактическая подготовка и физические упражнения», просуществовали до 1981 года, когда к ним добавили ультрафиолетовое облучение и осторожный допуск будущих отцов на темы, посвящённые режиму беременной, её питанию и уходу за ребёнком¹⁰.

Смена парадигмы от работы с будущими матерями и допуском отцов лишь на отдельные занятия **на семейную подготовку** произошла в 2003 году с выходом приказа Минздрава РФ №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»¹¹. Школа матерей не просто упоминалась в этом документе, а подробно излагалась

в виде тем и вопросов, затрагиваемых на занятиях, из которых наиболее революционными были обсуждение факторов риска беременности, обучение тестам для оценки состояния плода, партнёрство в родах, значение раннего прикладывания ребёнка к груди в родильном зале и контакта «кожа к коже», правила эксклюзивного грудного вскармливания.

Более 20 лет эта **программа занятий служила базовой** для всех женских консультаций, пока весной 2026 года не вышли методические рекомендации «Формирование ответственного родительства. Психологическая подготовка будущих матерей и отцов к рождению ребёнка»¹².

Психология семьи

Теперь Школа матерей носит название «Школа для беременных»¹³ в соответствии с номенклатурой медицинской услуги¹⁴, но это название фигурировало в Порядке оказания помощи по профилю «акушерство и гинекология», вышедшем ещё в 2012 году¹⁵. Первое, что бросается в глаза при просмотре плана школы, — новое отдельное занятие, посвящённое **психологической подготовке семьи** к беременности, родам и послеродовому пери-

оду, которое в идеале должен проводить **медицинский психолог** и только при его отсутствии — акушер-гинеколог или акушерка. Раньше темы, разбираемые на этом занятии, почти никогда входили в структуру школ матерей или научно-популярных изданий для беременных.

- Психологическая адаптация женщины к беременности. Тревоги во время беременности. Когда необходима помощь психолога.
- Влияние стресса во время беременности. Создание психологически благоприятного фона вынашивания беременности.
- Роль семьи в психологической поддержке женщины во время беременности, родов и после рождения ребёнка.
- Роль будущего отца во время беременности. Проблема страхов будущих отцов.
- Голос и музыка во время беременности. Знакомство будущих матерей со специально разработанными для беременных музыкальными сборниками, записями со звуками природы.
- Тактильное общение с будущим ребёнком во время беременности. Рекомендации для создания благоприятного эмоционального настроя. На занятиях школы, посвящённых родам, послеродовому периоду и уходу за новорождённым, ключевым становится также **партнёрский подход** к решению возможных проблем.
- Роль отца ребёнка в поддержании здорового образа жизни беременной.
- Партнёрские роды, роль отца ребёнка в поддержании женщины во время родов.
- Роль отца ребёнка в поддержании женщины после родов, формировании позитивного психоэмоционального состояния матери.
- Обучение отцов детей основным навыкам ухода за ребёнком.
- Роль отца в жизни младенца, в формировании будущей личности его ребёнка.

Семья и школа

В современных реалиях прежнее распределение семейных ролей (мужчина — финансовая функция, женщина — хозяйственная часть) возможно всё

реже. Для обеспечения материального благополучия работать приходится обоим членам семьи, но и домашние обязанности необходимо разделять на всех. С наступлением беременности и рождением ребёнка устоявшийся порядок приходится менять, и не всегда этот процесс идёт гладко.

Для психоэмоционального состояния беременной особенно важно, определяет ли будущий отец этот период **как её личную обязанность или как общую задачу** по расширению и укреплению семьи.

Самая ценная поддержка обычно не героическая, а оперативная: бытовые вопросы, посещение медицинских учреждений, прогулки и общение с ребёнком помогают наладить новый порядок в семье. Часто муж первым замечает **изменение эмоционального состояния матери**: утрату интереса, доминирование чувства вины, навязчивые фобии и бессонницу даже при возможности спать, отказ от еды, фразы о собственной ненужности и страх оставаться с ребёнком — в этом случае **быстрая помощь и организация контакта с врачом** снижает риск трагедии. Отцовская вовлечённость полезна ребёнку напрямую: контакт «кожа к коже», разговоры, купание, прогулки, укачивание, подготовки ко сну создают у новорождённого второй устойчивый канал привязанности и разгружают мать.

Не следует воспринимать психологическую подготовку семьи исключительно как мотивацию мужчин на большее вовлечение в семейные процессы. Будущий отец сам уязвим — исследования показывают, что у части мужчин после рождения ребёнка развиваются депрессивные и тревожные симптомы: раздражительность, уход в работу, злоупотребление алкоголем, эмоциональное избегание, соматические жалобы, ощущение некомпетентности и ненужности. Именно поэтому общение с психологом часто **необходимо паре, а не одному члену семьи**. В новой Школе для беременных этому вопросу уделено особое внимание.

Позитивный психоэмоциональный климат в семье поддерживается не лозунгами о счастье материнства, а создаётся заботой и уважением, присутствием второго взрослого, который умеет **замечать, поддерживать и действовать**. Отец ребёнка — не внешний помощник, а полноценный и равноправный член семьи. Чем больше в семье поддержки и понимания, тем устойчивее становится ранняя семейная привязанность.



Новое содержание «Школы для беременных» — не просто обновление или разнообразие материала, это смена целевой аудитории с **одной матери до обоих членов семьи**. Современная семья несёт в себе всё больше партнёрских, а не доминантных отношений, когда вопросы ухода за ребёнком **считали исключительно женской прерогативой**. Возможно, название «Школа для беременных» не точно отражает содержание, и правильнее было бы назвать её «Школа для семейной пары», но пусть это останется единственным недочётом. В остальном новый формат намного лучше соответствует сложившимся реалиям. Какая семья — такая и школа. **SP**

Библиографию см. на с. 80–87.

СУПЕРЛИМФ®

стандартизированный комплекс антимикробных пептидов и цитокинов

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

30 ЛЕТ
научных исследований

БОЛЕЕ 150
научных работ
www.dissercart.com

БОЛЕЕ 18 ЛЕТ
клинической практики



РУ ЛС 004385 от 24.01.2025

- Снижает рецидивы хронических заболеваний¹
- Обладает противобактериальным, противогрибковым и противовирусным действием^{1,2}
- Ликвидирует воспаление, **активирует репаративные процессы**, стимулирует локальные клеточные и гуморальные механизмы³
- Способен подавлять рост и размножение *St.aureus* и *E.coli*⁴

Больше информации на сайте:

www.superlimf.ru

ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Реклама

1. Инструкция по медицинскому применению

2. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Лавров В.Ф., Баркевич О.А. "Подавление цитопатического действия вируса герпеса простого первого типа комплексом природных цитокинов (препарат Суперлимф) in vitro" // Журнал ЖМЗИ. - 2005. - №1 - стр.57-60.

3. Перепанова Т.С., Поздняков Н.О., Хохлов А.А. Результаты применения препарата Суперлимф® в лечении хронического цистита по данным клинических исследований. Урология. 2025; 2, стр. 114-120.

4. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мороз А.Ф., Аведова Т.А., Москвина С.Н. "Противомикробные пептиды иммунной системы: клинические аспекты." // Аллергология и иммунология, 2003, том 4 №2, стр. 20-26.



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



СКОЛЬКО ЛЕТ ВАШЕЙ ПАЦИЕНТКЕ НА САМОМ ДЕЛЕ?

РАБОТА С БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ ПО МЕТОДИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ



Оценка биологического возраста с опорой на конкретные цифры — теперь не теория, а **утверждённая практика**. Новые методические рекомендации* дают возможность выявлять риски преждевременного старения на ранних стадиях.

Терминология

Биологический возраст — интегральный показатель темпа старения организма. Разница между биологическим и календарным возрастом — сигнал бить тревогу.

Для врача это возможность перевести беседу с пациентом в аргументированный диалог, не ограничиваясь общими рекомендациями «ведите здоровый образ жизни».

Организация помощи

Лица с признаками преждевременного старения подлежат активному направлению в **центры медицины здорового долголетия**, где работают врачи, имеющие соответствующую подготовку, и специалисты по медицинской профилактике.

Дальнейшее обследование и наблюдение проводят уже в этих центрах.



Правила отбора

Критерии включения: все граждане РФ старше 18 лет.

Постоянные отводы: паллиативные пациенты, инвалиды I группы, люди с выраженными психическими расстройствами или когнитивными нарушениями.

Временные ограничения: острые состояния (до выздоровления) или обострения хронических заболеваний



Этап 1 (обязателен для всех)

- Расширенное анкетирование (в т.ч. дистанционное).
- Функциональная оценка: стояние на одной ноге, гибкость, кистевая динамометрия.
- Оценка сосудистого возраста: ангиосканирование/сфигмография, анализ конечных продуктов гликирования.
- Определение антропометрических показателей и биоимпедансометрия.
- Расчёт биологического возраста: формула Горелкина—Пинхасово или алгоритм АнтропоЭйдж**.



Итог первого этапа: интерпретация результатов с вычислением разницы между биологическим и календарным возрастом. Дальнейшая тактика зависит от этого показателя:

Менее
3 лет

Вариант нормы, акцент на сохранении текущего статуса

3-4
года

Усиление профилактических рекомендаций, углублённое обследование только при наличии отклонений по инструментальным тестам и когнитивным скринингам

5
лет

и более, а также при множественных отклонениях — показание ко 2-му этапу



Этап 2 (по показаниям)

- Клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи.
- 16S-секвенирование микробиома кишечника.
- Когнитивная и психоэмоциональная оценка.
- Расчёт биологического возраста по методике ФеноЭйдж***.

Маршрутизация и преемственность

По результатам комплексной оценки в центре определяют дальнейшую тактику:

при наличии признаков преждевременного старения и предрисков — рекомендации и динамическое наблюдение



при выявлении заболеваний — координация обследования с профильным специалистом для дальнейшего наблюдения и лечения



От цифр к действию

Заключение содержит **персональный план** с конкретными ориентирами

- Режим сна (7–9 ч).
- Питание (соль менее 5 г/сут, ограничение сахара и ультраобработанных продуктов).
- Управление стрессом (дыхательные практики).
- Когнитивные тренировки (изучение нового навыка или языка).

- Физическая активность (7–10 тыс. шагов или эквивалент).
- Питьевой режим (30 мл воды на 1 кг веса в сутки).
- Отказ от курения и умеренность в алкоголе.

! Обязательно динамическое наблюдение с повторной оценкой биологического возраста. Дата первого контроля — через 3 мес, далее по решению профильного специалиста (не чаще 2 раз в год)



Вывод: Разработанная методика задаёт вектор, но не заменяет живого врачебного подхода. В реальности порой невозможно успеть всё и убедить каждого, однако даже точечное использование инструмента позволяет **выявить тех, кто обгоняет свой возраст**, и вовремя вмешаться. Главное — не потерять пациента за цифрами: живое участие и откровенный разговор превращают профилактику из формальности в **реальную заботу**.

* Методические рекомендации по порядку проведения в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) анкетирования, оценки биологического возраста и исследований обратившихся граждан, интерпретации их результатов и порядку действий в случае выявления изменений (утв. Правительством Российской Федерации 16 апреля 2026 года №ТГ-П112-13232). — URL: <https://base.garant.ru/414210951/>.

** АнтропоЭйдж — алгоритм оценки биологического возраста на основе антропометрических показателей.

*** ФеноЭйдж — интегральный показатель биологического возраста, рассчитываемый по биохимическим и клиническим параметрам.