

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#2 [133] 06 / 2026 / StatusPraesens



тема
№

Парадоксы дефицитов в эпоху изобилия

МГТ — инструмент с чёткими показаниями • Железодефицит — новая логика врачебных назначений • Послеродовое кровотечение — ВОЗ пересматривает подходы • Школа для родителей: методические рекомендации • Контрацепция в старшем репродуктивном возрасте как осознанное управление здоровьем • ГУМС: преодолевая «культуру молчания»? • Холин — важный элемент прегравидарной подготовки • Грудное вскармливание — что мешает продолжать? • Гигантская миома — матку удалось спасти!



Уважаемые коллеги!

Проблема репродуктивного здоровья волновала людей с момента появления человечества. Каждая эпоха **вносила свой вклад** в развитие акушерско-гинекологической науки. И сегодня **предельно простые** технологии **на равных** соседствуют с методами high-tech. В эру доказательной медицины наша основная задача состоит не столько в освоении знаний, но в **ответе на вопрос** «Как этот потенциал использовать с максимальной результативностью?»

Что делать врачу в условиях **обязательности выполнения** клинических рекомендаций, когда в то же время требования **индивидуального подхода** к каждому пациенту диктуют **необходимость обновления** самого принципа взаимодействия врач—пациент? «**Врач-философ Богу подобен**, ведь нет большой разницы между мудростью и медициной», — сказал Гиппократ. Мы ушли от патернализма, когда доктор довлел над больным. Однако едва ли выигрышным будет переход на технократическую модель, в которой врач-«технарь» просто реализует сумму своих знаний и навыков, потому что так прописано в клинических рекомендациях. Сегодня у нас единственно возможная **модель взаимодействия** врача и пациента — **«контрактная»**. Здесь ведущая роль принадлежит доктрине информированного согласия, продуманного, взвешенного. Ведь, возможно, есть альтернативы: болезнь не всегда опасна, а лечение может быть опаснее болезни. Пример: в 2015 году ЭКО стало бесплатным для женщин и вошло в программу ОМС, это была большая победа. С другой стороны, возросло число случаев материнской смертности после этой процедуры (в 2007–2014 годах зарегистрировано **26 материнских смертей**, а в 2014–2015-м — **64**). Кроме того, коммерциализация отрасли в значительной степени **усложняет задачу и ужесточает ответственность** врача.

Показатели необходимы для анализа и осмысления. Это **инструмент для развития**. Однако они не должны быть самоцелью. В 1933 году Папаниколау предложил уникальный метод цитологического исследования, позволяющий на самых ранних стадиях диагностировать рак шейки матки. Тем не менее нужно с горечью признать, что как минимум **каждый третий** случай этой опухоли в нашей стране — запущенный. И это на фоне блистательных цифр по охвату цитологическим скринингом, в котором всего лишь «упрощение» процедуры окраски мазка (не по Папаниколау, а подешевле) сводит на нет все усилия ранней диагностики.

На пути решения множества непростых профессиональных задач хочу всем, всем нам пожелать побольше оптимизма и философской рассудительности, достойных правовых и нормативных документов, умных проверяющих и мудрых управленцев и, самое главное, **неукротимого желания мыслить!** Добра вам, дорогие OBSTETRICS SAPIENS!

Засл. врач РФ, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ФМБА России, зав. кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии НИКИ детства Минздрава Московской области, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины Российского университета медицины, лауреат Национальной премии «Репродуктивное завтра России» 2021 года, докт. мед. наук, проф. **О.С. Филиппов**

Этот год для проф. О.С. Филиппова — юбилейный.
От имени редакции журнала от всей души поздравляем и желаем дальнейшего
служения великой специальности — акушерству и гинекологии.

status

гинекология акуш

#2 [133] 06 / 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

Выпускающие редакторы: Марина Осипова, Виктория Либит

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

Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская

Руководитель отдела продаж: Галина Нестерова (gn@praesens.ru)

Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала 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 — 1 июня 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 ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №30262. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: © Лина Тавдумадзе с использованием нейросети Gemini (Lano Balana). В журнале использованы фотоматериалы фотобанка 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)

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА



Ожидание и реальность

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский о парадоксах, с которыми мы сталкиваемся каждый день

Наш мир меняется стремительно, и медицина идёт в ногу с ним. Правда, не всегда синхронно. Рабочие инструменты появляются раньше, чем привычки их использовать. Знания порой опережают готовность им доверять. Возможности обгоняют понимание, как их задействовать без страха. Таков естественный зазор между новым и привычным. И именно в нём — странство для врача как для профессионала: осознанно следовать правилам, но при этом взвешивать все шаги без исключения, рисковать обоснованно и всегда помнить, что за каждым выбором стоит человек, который искренне верит: мы точно знаем, что делаем.

14

НОВОСТИ

21

VIA SCIENTIARUM

От «чёрной метки» до «окна возможностей»

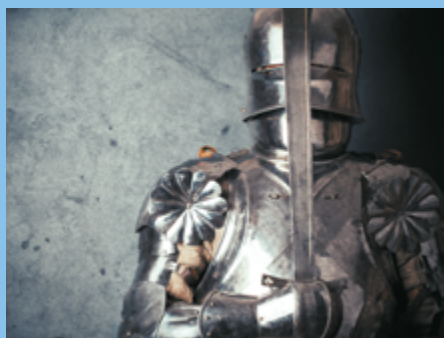
Потенциал менопаузальной гормональной терапии — акцент на эффективности и безопасности

Ярмолинская М.И., Миколайчук В.А., Черкашина С.А.

10 ноября 2025 года FDA и Министерство здравоохранения и социальных служб США объявили о начале процесса отмены строгих предупреждений о рисках, связанных с МГТ. «Чёрные метки» официально сняты. Какие изменения предложены? Зафиксировано идеальное время для системной гормональной терапии: оптимален старт лечения у женщин в «окне терапевтических возможностей МГТ» — моложе 60 лет и в первые 10 лет после менопаузы. Вместо универсального принципа «минимальная доза на минимальный срок» приоритет отдан индивидуальному подбору дозы и продолжительности лечения в зависимости от потребностей пациентки и решения врача.

31

ЭКСТРАГЕНИТОЛОГИЯ



Верхушка «железного» айсберга

Современные возможности коррекции ферродефицитных состояний
Ших Е.В.

В клинических рекомендациях «Нормальная беременность» (2024) есть фраза, и её в потоке рутинной работы иногда незаслуженно недооценивают: «...пациенткам группы риска развития латентного железодефицита и железодефицитной анемии (у которых невозможно устранить причину развития железодефицитного состояния, соблюдающим вегетарианскую или веганскую диету) рекомендовано назначать профилактические дозы лекарственных препаратов железа...» Ключевое слово — «профилактические», то есть не терапевтические или ударные, а поддерживающие или щадящие. Лучше не допустить падения, чем потом поднимать с низов.

НОВОСИБИРСК
29–31 ОКТЯБРЯ 2026 ГОДА

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

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

ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!



Регистрация на praesens.ru

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



ОЧНО

37

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Критическое мышление: ломаем шаблоны

Выбор гормональной контрацепции в старшем репродуктивном возрасте
Балан В.Е., Козлова И.С., Мартынова М.А.

До сих пор методы контрацепции, особенно гормональной, порой вызывают гамму отнюдь не положительных эмоций не только у практикующих специалистов, но и у потенциальных пользователей таких препаратов. Опасения из-за развития визуальных побочных эффектов, которые могут негативно отразиться на внешности, боязнь влияния на здоровье, неуверенность в эффективности средств — всё это стандартные страхи пациенток, нуждающихся в надёжной контрацепции, но нередко отказывающихся от неё из-за стереотипных устаревших заблуждений. Борьба с ними зависит от грамотного контрацептивного консультирования. Задача врача — рассказать о преимуществах современной гормональной контрацепции.

43

CONTRA-VERSION



При засухе не ленись, с засухой борись

Генитоуринарный менопаузальный синдром: от патогенеза к персонализированной коррекции

Чернова Н.И., Катаев Н.А.

Женщины старшего возраста часто не обращаются за медицинской помощью, продолжая испытывать физический и ментальный дистресс, воспринимая сухость, зуд и дискомфорт как неизбежную «плату» за возраст. Клинические наблюдения показывают: каждая пациентка с симптомами ГУМС предъявляет хотя бы одну жалобу, связанную с нарушением сексуальной функции. Наиболее часто регистрируют снижение либидо (58,8%) и диспареунию (39,2%). Кроме того, примерно у 90% пациенток отмечают нарушения психоэмоционального спектра, а у 60,9% — расстройства самосознания и образа тела. При этом лишь 11,1% женщин используют какие-либо методы лечения, и только 8,7% — менопаузальную гормональную терапию.

49

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Резолюция совета экспертов

По итогам заседания «Программирование здоровья будущих поколений: холин — доказанный компонент репродукции»

Обладая беспрецедентными возможностями, современная медицина сталкивается с фундаментальной проблемой — глобальным демографическим кризисом. Усилия медицинского сообщества не оказывают значимого влияния, потому что причина депопуляции — социально-экономическая. Добавим к этому тренд отсроченного материнства, опосредующий экспоненциальный рост коморбидности, и получим портрет современной беременной. Она старше 30 лет, образована, успешна, живёт в потоке информации, имеет избыточный вес и анемию, экстрагенитальные заболевания, возможно, уже пережила аборт. Крайне необходим пересмотр парадигмы: ключом к повышению репродуктивного успеха должна стать стратегия предиктивности.



Очно

8-я Общероссийская
научно-практическая конференция
акушеров-гинекологов

26–27 ноября 2026 года

Оттовские чтения
Санкт-Петербург



ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!

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



Регистрация на praesens.ru

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



57 BACK-UP

Извилистый млечный путь

Отказ от грудного вскармливания. Пути преодоления

Князев С.А., Горчакова Е.Ю.

Нынешнее состояние грудного вскармливания — парадокс: доказательная база в пользу его поддержки с каждым годом всё объёмнее, но частота его остаётся непостоянной. ЮНИСЕФ и ВОЗ указывают, что эксклюзивное ГВ распространяется, но темпы этого процесса зависят от множества переменных: государственной поддержки, уровня дохода и образования, места проживания, от коммерческих предложений заменителей молока. Низкая доля ГВ в популяции не означает, что женщины «не хотят» кормить, скорее — что общество не создало условий, в которых кормление возможно без экономических и психологических потерь для матери.

65 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ



Бережные слова

Как говорить с пациенткой о перинатальной утрате

Хакимова Н.Д., Осипчук Д.О.

Перенесённая перинатальная утрата остаётся в памяти и душе женщины на всю жизнь. Наша задача в ситуации запредельных для психики пациентки испытаний не навредить. Нужно помнить, что механическое следование даже самым прогрессивным протоколам коммуникации не станет гарантией облегчения ни для самого врача, ни для пациентки. Все намерения должны идти от души и от сердца. Важно, чтобы каждый наш разговор об утрате стал бережным и наполненным эмпатией. Только так «невидимая смерть» может стать видимым актом надежды и профессиональной зрелости.

73 CASUISTICA

Сохранить для будущего

Органосохраняющая миомэктомия при гигантской миоме матки: клинический случай

Конопля А.А.

Стандартные решения при выявлении гигантской опухоли матки хорошо известны, однако развилка между «удалить» и «сохранить» — это вопрос как техники вмешательства, так и оценки состояния конкретной женщины. Представленный клинический случай показал, что гигантская миома, многие годы остававшаяся бессимптомной, — технически выполнимая задача для органосохраняющей хирургии даже при искажении привычных анатомических ориентиров. Ключевые слагаемые успеха: быстрая амбулаторная подготовка с госпитализацией в день операции (fast-track), поэтапный гемостаз, грамотное ведение постдекомпрессионной гипотензии и принципиальная позиция врача — сохранить матку, если это возможно.

80 ЛИТЕРАТУРА

Ожидание и реальность

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский о парадоксах, с которыми мы сталкиваемся каждый день



Главный редактор
акад. РАН, проф. Виктор Радзинский

Мы живём в эпоху, когда **технический прогресс** подарил медицине инструменты, о которых наши учителя не могли и мечтать. Генетические тесты, малоинвазивная хирургия, возможности вспомогательных репродуктивных технологий, умные фармакологические молекулы — всего не перечислить. Казалось бы, **изобилие ресурсов** автоматически **решил большинство проблем**. Однако практика показывает обратное: многие трудности никуда не исчезли, а некоторые приобрели новые, **неожиданные очертания**.

Вот в чём противоречие: при богатстве знаний и методов мы всё чаще замечаем **дефициты**. Не хватает времени на приём, доверия между врачом и пациенткой, чётких рекомендаций там, где их ждёшь, приверженности лечению, наконец, самых **простых базовых ресурсов** у женщин, окружённых множеством вариантов выбора. Мы умеем почти всё. Отчего же так много ситуаций, где правильный ответ, казалось бы, очевиден, а результат остаётся неудовлетворительным?

Ответ кроется в **способе использования технологий**, в искусстве донесения информации, в построении диалога, в преодолении барьеров, которые создали устоявшиеся мифы и привычки, а не объективные ограничения. Широкий спектр возможностей часто становится **иллюзией**, если за ним стоит дефицит системного подхода.

Эти размышления — **не повод для пессимизма**. Наоборот, осознание противоречий — первый шаг к разрешению. Всё, что мы обсуждаем дальше, так или иначе упирается в ключевой вопрос: как превратить обилие средств в реальное улучшение здоровья женщины? Ответ, как всегда, требует **профессионализма, времени и честного диалога**. Ничего нового, но без этого никуда.

История менопаузальной гормональной терапии (МГТ) — готовый сюжет для драмы. Сначала эйфория, потом громкое падение, «чёрная метка» на упаковках и десятилетия страха. И вот теперь **новый виток**: переоценка данных, возвращение доверия, понимание, что риски и польза зависят от возраста, дозы, длительности. Парадокс в том, что мы знаем гораздо больше, чем 20 лет назад, а **назначаем МГТ всё ещё редко**. Лишь немногие нуждающиеся пациентки получают необходимую терапию. Остальные либо терпят, либо ищут альтернативы, порой с недоказанной эффективностью.

Недостаток не в знаниях. Международные рекомендации обновлены, а российские эксперты подготовили критерии приемлемости 2025 года. Дефицит — в **преодолении инерции**. Пресловутый страх перед гормонами живёт в простых людях, хотя и в медицинских кабинетах он достаточно силен. Опрос французских коллег

подтверждает: даже те, кто назначает МГТ, делают это с оглядкой, а треть вообще **сомневаются в безопасности**.

Есть и другая сторона. Не стоит воспринимать МГТ как эликсир молодости. Её главная ценность в качестве жизни женщины **здесь и сейчас**: убрать приливы, вернуть сон, сохранить костную массу и чувствовать себя комфортно. Возможное благоприятное влияние на отдалённые последствия — **дополнительный бонус**, а не основное показание.

Золотое правило МГТ — **своевременное начало**. Окно терапевтических возможностей ограничено и доступно не для каждой пациентки. В этот период критически важно придерживаться принципа **минимально эффективной дозы** — именно он определяет профиль безопасности терапии. Исключение составляют женщины с ранней и преждевременной менопаузой: в их случае требуются повышенные дозировки.

[Менопаузальная гормональная терапия больше не «средство на всю жизнь с неясными рисками». Сегодня это инструмент с чёткими показаниями, разными путями введения и возможностью коррекции дозы.]

Особого внимания заслуживают **«сложные» пациентки**. Тромбозы в анамнезе, мигрень, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, гипертриглицеридемия — каждая ситуация требует отдельного решения. И здесь на помощь приходит **выбор пути введения**. Существуют различные формы эстрогенов, у каждой свои фармакокинетические особенности. Предпочтение должно быть определено клинической ситуацией.

Когда мы говорим о **трансдермальных средствах**, многие коллеги представляют нечто неудобное и ненадёжное. Вместе с тем современные технологии доставки эстрадиола через кожу позволяют избежать печёночного метаболизма и резких колебаний концентрации гормона в крови. Такие формы — один из вариантов, который может быть рассмотрен у определённых групп женщин.

Главный вывод — МГТ перестала быть «терапией на всю жизнь с неясными рисками». Сегодня это **инструмент с чёткими показаниями, разными путями**

введения и возможностью коррекции дозы. Персонализированный подход — необходимость. Чем точнее мы подберём препарат для конкретной женщины, тем выше результат. И чем увереннее мы будем в своих знаниях, тем быстрее **преодолеем гормонофобию** — и собственную, и пациентскую.



О благополучии беременной часто судят по уровню **гемоглобина**. Норма есть норма — значит, всё хорошо. Женщина спокойна, врач доволен. За кажущейся стабильностью может быть скрыта пустота. **Запасы железа в депо** остаются вне поля зрения: определение ферритина до сих пор не обязательно на ранних сроках. И мы **упускаем момент**, когда ещё можно вмешаться малыми усилиями.

Парадокс железодефицита в период гестации в том, что это самая распро-

гии: доступны **разные формы препаратов** железа — традиционные и липосомальные, двух- и трёхвалентные. Каждая из них имеет свои особенности и преимущества. Однако главное — не потерять в этом многообразии, а использовать его осознанно.

Логика назначения важнее формы. Сместить фокус с лечения анемии на её предотвращение — вот что действительно меняет практику. Измерение ферритина, выявление групп риска, **своевременная профилактика** — это не про «какую таблетку выбрать», а про системное мышление врача. Именно логика принятия решения, а не конкретный состав определяет успех.



В кабинете акушера-гинеколога нередко звучит фраза: **«В моём возрасте контрацепция уже не нужна»**. Пациентке за сорок, она искренне уверена, что природа сама позаботилась о её защите. И это один из самых живучих стереотипов, с которым мы сталкиваемся. Откуда он взялся? Быть может, из прошлого, когда продолжительность жизни была ниже, а женщину после сорока воспринимали как завершившую свой репродуктивный путь. Или из **укоренившегося клише**, которое преследует комбинированные оральные контрацептивы с момента их появления.

Вот главное противоречие: многие пациентки **боятся гормонов**, при этом искренне считают беременность после сорока маловероятной. Эпидемиологические данные указывают на обратное: у большинства женщин этого возраста овуляторные циклы сохранены. **Понтанное зачатие возможно**, но протекает в условиях «нажитых» экстрагенитальных болезней — артериальной гипертензии, нарушений углеводного обмена, избыточной массы тела. Акушерские риски и частота хромосомных аномалий плода вырастают многократно.

Выбор средства — вот где разворачивается ключевая дискуссия. Многие опасения пациенток (прибавка массы тела, влияние на либидо, тромбозы) имеют **реальные основания**, но относятся скорее к препаратам прежних поколений. Современные варианты с низким содержанием эстрогенов и **новыми прогестинами** предлагают иной профиль безопасности и эффективности.

Режимы приёма КОК, включая **сокращение безгормонального интервала**, разработаны с учётом физиологии организма, а не в качестве маркетинговой уловки. Они позволяют уменьшить «окно уязвимости» и повысить надёжность при низких дозах. И здесь принципиален баланс: понимание адаптации организма, характера кровотечений в первые циклы. Универсального «лучшего» контрацептива попросту нет — подбор **всегда зависит** от возраста, гинекологического анамнеза, соматического статуса, образа жизни.

Таким образом, стереотип «после сорока контрацепция не нужна» должен уступить принципу «контрацепция в старшем репродуктивном возрасте — **осознанное управление здоровьем**». Задача врача — преодолеть страхи женщины с опорой на доказательную медицину и предложить вариант, подходящий именно ей. Чем точнее выбор, тем выше приверженность и меньше рисков — как для пациентки, так и для её репродуктивных планов.



Генитоуринарный менопаузальный синдром — состояние, о котором всё ещё молчат. Миллионы женщин испытывают **сухость, жжение, боль при половом контакте**, но не говорят об этом и стесняются. Терпят годами и думают, что это нормально — **«возрастное»**.

Парадокс в том, что **мы умеем это лечить**. Разработано множество методов для возвращения комфорта, восстановления слизистой и устранения дискомфорта, но пациентки их не получают — ситуация остаётся за кадром. Женщина не говорит, специалист не спрашивает — своеобразная **культура молчания**. А за сухостью и болью стоит системный процесс, который затрагивает иммунную систему, соединительную ткань, сосуды, микробиоту. Атрофия проникает вглубь, меняет структуру тканей, ухудшает кровоснабжение. Воспаление приобретает хронический характер, ткани теряют эластичность, микротрещины не заживают — **одно цепляется за другое**.

Однако главное не в механизме нарушений, а в том, что женщина часто остаётся один на один с проблемой. Многие **не знают о доступных вариантах помощи** — гормональных и негормо-

нальных. Следует помнить: симптомы после менопаузы можно скорректировать, а комфортная жизнь — вполне достижимая норма.

Врач обязан задавать вопросы. Выходить за рамки стандартного осмотра и спрашивать прямо: «Есть сухость? Беспокоит боль во время секса?» **Если он этого не сделает — никто не сделает**. И пациентка останется с мыслью, что это её удел. Современная медицина переросла эпоху подручных средств. Сегодня существуют доказательные методы, и они приносят результат только тогда, **когда женщина их получает**.



Мы привыкли гордиться **достижениями репродуктивной медицины**. Программы ЭКО, генетическое тестирование, диагностика редких мутаций — перечень впечатляет. Между тем, если взглянуть на популяционное здоровье будущих поколений, картина тревожная. Технологии шагнули вперёд, а разрыв между знанием и ежедневной практикой остаётся глубоким. Особенно остро это проявляется в **прегравидарной подготовке**.

Яркий пример — **статус холина**. Это вещество, признанное незаменимым ещё в 1998 году, до сих пор служит одним из маркёров нутритивного дисбаланса. О его важности говорят многие, хотя реальное потребление у подавляющего большинства женщин **не дотягивает до минимальных рекомендаций**. Особенно остро этот вопрос стоит в больших городах: из-за напряжённого ритма жизни рацион современных жителей оказывается недостаточно разнообразным, а распространённые представления о полноценном питании нередко основаны на заблуждениях.

Между тем холин критически важен для **эпигенетического программирования**, нейрoarхитектуры плода, плацентарной функции. Его значимость подтверждена логикой биохимических процессов. Внимание к витамину В₄ в стратегии пре-

гравидарной подготовки продиктовано не модой, а массовостью и недооценённостью его дефицита.

Однако при всей своей значимости холин не может работать в одиночку. Максимальную пользу он приносит только в **окружении других микронутриентов**: фолатов, йода, витамина D, железа. Каждый из этих элементов необходим для согласованной работы организма, и сосредоточиться на чём-то одном — значит упустить общую картину. Задача специалиста — выстроить комплексную тактику, где холин занимает законное место одного из ключевых, но не единственного инструмента. Именно **целостная система** делает его эффективность полной.

Прегравидарная подготовка должна быть стандартом. И спокойный, доказательный подход, свободный от информационного перегруза, — это то, что делает медицину **по-настоящему эффективной**.



Грудное вскармливание — одна из тем, где доказательная база и реальная практика расходятся катастрофически. **Материнское молоко** признано единственным оптимальным питанием для младенца. Это подтверждено тысячами исследований, декларациями ВОЗ и ЮНИСЕФ. И всё же в первые полгода жизни исключительно грудное вскармливание получают меньше половины детей в мире. И разрыв этот не сокращается так быстро, как хотелось бы.

Почему? Самый простой ответ — **«женщины не хотят»**. Удобный, понятный и при этом глубоко неверный. Он перекладывает всю ответственность на мать и не замечает системных проблем. Отказ от грудного вскармливания почти всегда — результат **каскада событий**. Среди них позднее прикладывание, докорм в роддоме, болезненный захват, тревога, противоречивые советы, давление родственников, необходимость

[Почему женщины не кормят грудью? Самый простой, понятный и удобный ответ на этот вопрос: не хотят. Однако за отказом почти всегда кроется каскад событий, препятствующих осознанному выбору.]



© fotostock / essentials/fstock

выходить на работу, отсутствие приватного пространства.

Парадокс ещё и в том, что **информационная среда** не помогает — она запутывает. Врачи дают разные рекомендации, интернет полон мифов, блогеры советуют «не мучить ребёнка голодом», а производители смесей обещают спокойный сон и научно обоснованный состав. В этом потоке женщина нередко выбирает бутылочку не потому, что не хочет кормить, а потому, что это **кажется более определённым**, измеримым и менее изматывающим вариантом.

Особенно остро это проявляется в **первые дни и недели**. Боль, трещины, страх нехватки молока, усталость после родов, кесарево сечение, отсутствие сна — на этом фоне совет «чаще прикладывать» **звучит как насмешка**. Пациентке нужна не инструкция, а реальная помощь: кто-то, кто поддержит ребёнка, объяснит, что «плач — не всегда голод», не осудит за докорм, если он необходим по медицинским показаниям.

И здесь мы подходим к главному: стратегия грудного вскармливания не может быть сведена к лозунгу «грудь — лучшее решение». Она должна быть **комплексной**: обучение персонала, единые протоколы, создание условий в роддомах, защита кормящих матерей на рабочем месте, законодательное ограничение рекламы смесей, нормализация публичного кормления. Без этого любые призывы останутся **пустым морализаторством**.

Конечно, возможны ситуации, когда женщина **осознанно выбирает** искусственное вскармливание. Это её право, и его нужно уважать. При этом следует отличать автономный выбор от структурного отказа, когда мать хотела кормить, но не смогла из-за отсутствия поддержки, работы или неполноценной медицинской помощи. Стратегия должна **предотвращать именно второй сценарий**.

Вместо вопроса «Почему вы отказались?» стоит спрашивать: «Что мешало продолжать?», «Какая помощь была бы полезна?», «Что было самым трудным?». Такой язык не обвиняет, а выявляет реальные причины. И только поняв их, мы **сможем что-то изменить**.



Перинатальная утрата — тема, о которой не принято говорить громко. При

этом молчание не делает её менее реальной. Ежегодно в мире регистрируют до 4 млн случаев внутриутробной гибели. Цифра страшная, и за ней стоят живые люди: женщины, чьё материнство оборвалось, не успев начаться; партнёры, потерявшие надежду; врачи, которые вынуждены сообщать эту новость и продолжать работу, часто без права на собственную слабость.

Долгое время проблема оставалась в тени. Пациентки стеснялись говорить о пережитом, медики избегали тяжёлых разговоров, окружающие не знали, как помочь. Причины у всех свои: нехватка времени, страх, выгорание. Однако цена молчания — углубление травмы, конфликты, суды. Психологи давно заметили: большинство претензий к специалистам возникает не из-за ошибки, а из-за того, что с женщиной не поговорили по-человечески. Она ищет ответы, не находит — и начинает искать виноватого.

За последние десятилетия разработано немало протоколов для общения «плохих новостей». Все они сводятся к одному: подготовиться, оценить состояние пациентки, сказать мягко, не убегать от её эмоций, вместе планировать дальнейшие шаги. Казалось бы, очень удобно: можно механически пройти по всем пунктам алгоритма. Однако если внутри пустота, то пациентка это непременно почувствует.

Женщина в момент потери переживает эмоциональный хаос, страх, вину, отрицание. Она может быть не готова услышать правду сразу — и это нормально. Уважайте её право не принимать всю информацию. Не давите, не навязывайте детали, не торопите. Иногда лучшая помощь — просто быть рядом и выдержать её слёзы или молчание.

Главное, что можно сделать для пациентки в этой ситуации, — признать реальность её горя, а не пытаться его исправить. Принятие смерти как части жизни означает зрелость, а не капитуляцию. Это не призыв забыть или смириться. Это возможность переосмыслить случившееся, прожить неприятные чувства и открыть дорогу будущему.

Врач, способный быть рядом в трудный момент, — это специалист, которому верят и доверяют. Потому что он не ограничивается диагнозом и лечением, а поддерживает. Бережно и вовремя.

[После перинатальной утраты главное, что можно сделать, — признать реальность горя пациентки, а не пытаться его исправить. Принятие смерти как части жизни означает зрелость, а не капитуляцию.]



Миома матки гигантских размеров — одна из тех ситуаций, где категоричность кажется единственно верной реакцией. Удалить: быстро и безопасно. Именно это слышала пациентка 41 года, обойдя несколько медицинских учреждений. В анамнезе — одна беременность, закончившаяся выкидышем. Репродуктивные планы не реализованы. Однако в каждой новой консультации звучало одно и то же: гистерэктомия, другого варианта нет. Аргументация понятна: огромный узел, вероятность кровопотери, сложная анатомия. Только женщина отказывается. Она не хочет терять орган. И она ищет того, кто скажет не «удалить», а «попробуем сохранить».

Современная медицина позволяет делать миомэктомию при любых размерах. Для этого разработаны клинические протоколы и стандарты, инструменты, методы гемостаза. Существует и понимание, что органосохраняющие операции возможны. Тем не менее, когда доходит до дела, срабатывает профессиональный инстинкт: проще удалить целиком. Меньше риска, ответственности и времени. А пациентка остаётся одна со своим желанием не потерять надежду.

Эта женщина прошла долгий путь. Сначала увеличенный живот принимали за беременность. Потом — за ожирение. Затем заподозрили опухоль печени и яичника. И только на третьем этапе диагностики выяснили: гигантская миома матки массой более 6 кг. Она занимала всю брюшную полость, сдавливала мочевой пузырь, кишечник, мешала дышать. Тем временем пациентка не сдавалась — она искала клинику, где её услышат.

Акушер-гинеколог, который согласился, столкнулся с нестандартной анатомией. Узел оказался перешеечным, матка «сидела» сверху. Привычные ориентиры были искажены. Началось интраоперационное венозное кровотечение, каждая минута промедления могла усугубить ситуацию. Впрочем, скорость

работы и поэтапный гемостаз позволили успешно завершить энуклеацию. Суммарный вес удалённых узлов — чуть более 7 кг. Матка сохранена.

И здесь мы подходим к главному. За этой историей стоит не техника операции, а выбор врача: взять на себя ответственность за нестандартное решение. Легче было сказать: «Матку надо удалить, это единственный верный путь». И это правда: гистерэктомия безопаснее для акушера-гинеколога. Однако для женщины это потеря не просто органа, а желаемого будущего.

Через 2 мес после операции матка приобрела нормальные размеры, гемоглобин восстановлен, менструальный цикл нормализован. Пациентка, которая месяцами чувствовала себя тяжелобольной, вернулась к жизни. Орган сохранён, репродуктивный потенциал не утрачен, доверие к медицине восстановлено.

Так что давайте перестанем прятаться за стандартными решениями. Гигантская миома — не приговор. Сохранить орган можно, если захотеть и уметь! Ответьте честно на вопрос «Умею?». Отрицательный ответ — повод найти того, кто умеет. Вопрос не в отсутствии возможностей, а в наличии умения и решимости. Пора это признать.



Мир меняется стремительно. Правда, не всегда синхронно. Инструменты появляются раньше, чем привычки их использовать. Знания опережают готовность им доверять. Возможности обгоняют понимание, как их применять. Таков естественный зазор между новым и привычным. Именно в нём — пространство для профессионала: осознанно следовать правилам, но при этом взвешивать все шаги, рисковать обоснованно и помнить, что за каждым выбором стоит человек, который точно знает, что делает. SP

Н О В О С Т И

Новое имя старого синдрома

Термин «синдром поликистозных яичников» (СПЯ) признан неточным — международная группа экспертов предложила заменить его на «полиэндокринный метаболический овариальный синдром» (ПМОС/PMOS)¹.

Основная причина переименования — прежнее название создаёт **ложное впечатление** о природе заболевания. То, что при СПЯ традиционно называют «кистами», на самом деле — увеличение числа развивающихся фолликулов. Истинные патологические кисты могут встречаться и у женщин без этого синдрома, но **акцент на «кистах» вводит в заблуждение** и пациенток, и специалистов.

Кроме того, сосредоточенность только на яичниках мешает увидеть полную картину. За «ширмой» скрыты

эндокринные, метаболические и психологические проявления: гиперандрогения, инсулинорезистентность, ожирение, депрессия, тревожность, ановуляция и бесплодие. Из-за этого **до 70% пациенток** остаются без верифицированного диагноза, возникает стигматизация в обществе и фрагментация медицинской помощи. При этом диагностические признаки СПЯ (например, Роттердамские критерии²) сами по себе не отражают весь спектр рисков, из-за чего женщины нередко получают изолированное лечение репродуктивных проблем без контроля метаболических нарушений.

Новый термин точнее отражает суть процесса:

- «полиэндокринный» — вовлечённость нескольких гормональных систем;
- «метаболический» — связь с обменными нарушениями (сахарный

диабет, ожирение, сердечно-сосудистые риски);

- «овариальный» — сохранение фокуса на репродуктивной функции без чрезмерного акцента на «кистах».

Смена названия призвана также повлиять на **алгоритмы скрининга**: в перспективе это должно способствовать более систематической оценке кардио-метаболических рисков уже на этапе первичной диагностики.

В разработке консенсуса участвовали 56 академических, клинических и пациентских организаций. Процесс согласования был долгим и многоэтапным: использовали анкетирование по дельфийскому методу*, а также различные варианты опросов и семинары, в которых приняли участие **выше 14 тыс. человек** — врачей и пациенток из разных стран.

Планируется **постепенное внедрение нового названия** в Международную классификацию болезней и гайдлайны **до 2028 года**, а в переходный период допустимо параллельное использование обоих терминов. Это важно для преемственности медицинской документа-

[**Диагностические признаки СПЯ сами по себе не отражают весь спектр рисков, и женщины нередко получают изолированное лечение репродуктивных проблем без контроля метаболических нарушений.**]

* Структурированный анонимный опрос экспертов. Проходит в несколько туров и позволяет достичь единого мнения без давления со стороны авторитетных лиц.

ции и во избежание путаницы: резкая замена термина могла бы осложнить сопоставление данных исследований и историй болезни, накопленных за десятилетия.

Школа для родителей: впервые — единый стандарт

Минздрав РФ утвердил методические рекомендации, в которых впервые прописаны единые правила работы **школ для будущих матерей и отцов**³. Над документом трудились заместитель министра здравоохранения, сотрудники профильного департамента, ведущих акушерско-гинекологических и неонатальных центров. Рецензент — засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. **В.Е. Рагзинский**.

Школы будут организованы на **базе женских консультаций**, в кабинетах психопрофилактической подготовки к родам или психологической и медико-социальной помощи. Информацию о курсе размещают на официальных сайтах организаций и на стенде у регистратуры — так будущие родители сразу узнают о возможности обучиться. Соответствующая позиция включена в номенклатуру медицинских услуг (код В04.001.003) и оказывается в рамках **программы ОМС**.

Курс рассчитан на **пять занятий** по 60 мин с 10-минутным перерывом. График: один урок в I триместре, один — во II, остальные — в III, чтобы равномерно распределить нагрузку и закрепить навыки ближе к родам. Формат — **лекции и практика на манекенах** (пеленание, купание, уход за пупочной ранкой), **дискуссии**, моделирование типичных ситуаций: предвестники, вызов скорой, сбор сумки в роддом. Группы — **от 4 до 10 человек**, максимум 16. Для семинаров предусмотрено оснащение базовым учебным инвентарём (муляжи, пелёнки, имитаторы, наглядные пособия), перечень утверждён в приложении к рекомендациям.

Темы по занятиям распределены следующим образом.

- **Занятие 1** — физиология беременности, меры социальной поддержки семей, права будущих родителей.



Создано при помощи Krea 2.

- **Занятие 2** — психологическая адаптация к беременности и родам, роль будущего отца (эмоциональная помощь, совместные решения, послеродовая адаптация семьи), музыка и тактильное общение с ребёнком.
- **Занятие 3** — обезболивание (медикаментозное и немедикаментозное), партнёрские роды, действия при домашних родах (если пара выбрала такой путь).
- **Занятие 4** — особенности послеродового периода (в том числе после кесарева сечения), депрессия в пuerперии, контрацепция.
- **Занятие 5** — уход за новорождённым, вакцинация, график посещения педиатра, безопасность ребёнка в транспорте и дома. Кроме того, будущие родители отработают алгоритм действий в экстренных ситуациях (удушье, высокая температура, травма) с акцентом на первой помощи до приезда медиков.

[Стандарт отмечает, что, несмотря на потенциал и возможности ИИ, интеграция новых технологий в здравоохранение требует чёткого регулирования, стандартизации и соблюдения этических принципов.]

Вести практикумы будут опытные акушеры-гинекологи, терапевты, педиатры, акушерки, психологи, социальные работники. Посещения станут отмечать в индивидуальной карте беременной (форма № 111/у) и в медицинской информационно-системе. Эффективность работы школы оценят по снижению доли кесаревых сечений, числа акушерских и перинатальных осложнений, количества аборт, заболеваемости матерей и детей, а также по росту приверженности грудному вскармливанию до года, уменьшению распространённости послеродовой депрессии и отказов от ребёнка, повышению рождаемости и информированности семей о мерах социальной помощи.

А ещё — издательство StatusPraesens активно работает над новой книгой, где методология ведения школ для родителей будет раскрыта максимально детально. О точной дате релиза сообщим дополнительно — следите за анонсами.

Послеродовое кровотечение: пересмотр подходов

В конце 2025 года Глобальная группа экспертов ВОЗ приняла объединённые рекомендации по профилактике, диагностике и лечению послеродовых кровотечений^{4,5}. В документе представлен концептуальный пересмотр подходов к менеджменту пациенток — из 51 рекомендации, охватывающей **городовой, интранатальный и послеродовой периоды**, 20 введены заново или обновлены.

В раздел **антенатального менеджмента** включены комментарии по борьбе с **железодефицитной анемией** как фактором риска послеродового кровотечения. Подтверждены **ранее установленные уровни** гемоглобина для верификации железодефицитных состояний и анемии

во время беременности и постулирована **необходимость приёма 120 мг** элементарного железа и 2,8 мг фолиевой кислоты 1 раз в неделю, если ежедневная дотация невозможна ввиду побочных эффектов. Пересмотрена позиция относительно **внутривенного** применения препаратов железа. Парентеральный путь рекомендован при невозможности использования пероральных средств, а также пациенткам, нуждающимся в быстрой коррекции анемии (например, накануне родов).

В **интранатальном** периоде эксперты подтвердили эффективность использования методов, снижающих риск травматического повреждения промежности во втором периоде родов. В частности, **не рекомендована** рутинная эпизиотомия.

Для **послеродового кровотечения** вместо строгого порога кровопотери 500 мл предложены **такие критерии**, как 300 мл в сочетании с признаками гемодинамической нестабильности (пульс

свыше 100 в минуту, шоковый индекс более 1, систолическое артериальное давление менее 100 мм рт.ст. или диастолическое менее 60 мм рт.ст.) либо 500 мл и более независимо от показателей гемодинамики.

Для **эффективной профилактики** послеродового кровотечения следует использовать **только один** из утеротоников: окситоцин (10 МЕ в/м или в/в), карбетоцин (100 мкг в/м или в/в) или мизопростол (400 или 600 мкг перорально). В документе **пересмыслена тактика** ведения пациентки: если ей уже был установлен внутривенный доступ, показана медленная в/в инфузия 10 МЕ окситоцина. Комбинации эргометрина с метилэргометрином или окситоцином не рекомендованы, равно как и инъекции простагландинов.

При наличии **нескольких утеротоников** рекомендован окситоцин. Если по тем или иным причинам инъекции невозможны, используют мизопростол, при невозможности обеспечения для окситоцина условий «холодовой цепи» — термостабильный карбетоцин, а при его отсутствии — мизопростол.

Эксперты не советуют использовать транексамовую кислоту в целях профилактики кровотечений как при естественных родах, так и при кесаревом сечении, но её **раннее в/в введение** (в течение 3 ч после родов) рекомендовано при уже наступившем в этих ситуациях **кровотечении**.

Эти и многие другие рекомендации отражают **системный подход к менеджменту** пациенток с **послеродовым кровотечением**, что крайне важно в экстренной клинической ситуации.

Искусственный интеллект в наших условиях

В России принят **государственный стандарт для систем искусственного интеллекта (ИИ)** в сфере здравоохранения⁶. Появление этого документа стало логичным продолжением активного внедрения ИИ во многие сферы деятельности нашего общества, в том числе в медицину. От абстрактных понятий мы переходим к **чётко структуриро-**

ванному регламенту использования. В частности, в стандарте отмечено, что, «несмотря на весь потенциал и возможности искусственного интеллекта, интеграция этих технологий в здравоохранение требует чёткого регулирования, стандартизации и соблюдения этических принципов». В первую очередь это необходимо для **обеспечения безопасности пациентов** и минимизации рисков в процессе оказания медицинской помощи на всех этапах.

Все системы ИИ в здравоохранении подразделяют на **две основные категории**:

- медицинские изделия с технологиями ИИ;
- сервисы на основе ИИ.

К **первой** категории отнесены системы, предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма, выполнения диагностических исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности. Важно, что функциональное назначение этих изделий **не предусматривает** воздействия на организм человека, оставаясь в контексте интеллектуального анализа.

Голосовые сервисы, чат-боты, программы видеоконференций текущий ГОСТ относит ко **второй** категории систем ИИ.

В документе сформулированы **«точки приложения»** систем ИИ в здравоохранении. Это важно для понимания рамок безопасного и эффективного использования виртуального помощника.

- Автономные системы ИИ. Заложенный в них интеллектуальный ресурс позволяет системам самостоятельно принимать решения и выполнять медицинские процедуры без непосредственного участия человека.
- Частично автономные системы. Могут выполнять некоторые клинические задачи самостоятельно (например, в автоматическом режиме вводить лекарственные препараты, обеспечивать мониторинг состояния пациента), но их использование предусматривает возможность пересмотра или коррекции человеком.
- Системы второго мнения. Врач может использовать полученные с помощью этих систем данные по собственному усмотрению. Это скорее подспорье для анализа результатов лабораторных тестов, а также для получения дополнительной информации, улучшающей точность верификации диагнозов и эффективность терапии.
- Аналитические системы. Предназначены для анализа исторических данных, ретроспективы. Необходимы при создании научных работ, проведении эпидемиологических исследований, решения организационных вопросов.

Представленный документ — не первый в числе стандартов, регулирующих использование ИИ. С 2020 года в России работают стандарты системы ИИ в клинической медицине, принятии врачебных решений, дистанционного мониторинга, подготовки научных кадров и ряда других значимых направлений⁷.

А теперь — к **практике**. Один из ярких примеров того, как машинное обучение помогает решать конкретные клинические задачи, — недавнее исследование китайских учёных⁸, посвящённое раннему прогнозированию ассоцииро-

ванной с беременностью **тромботической микроангиопатии (АБТМА)**.

Это редкое, но крайне опасное осложнение: в его основе лежат микроангиопатический гемолиз, тромбоцитопения и острое повреждение почек. Главная сложность — на доклинической стадии заболевания **лабораторные показатели нарушений минимальны**, разнообразны и практически неотличимы от обычных физиологических сдвигов (гестационной тромбоцитопении или протеинурии). Традиционные диагностические подходы почти бесполезны в ранней диагностике АБТМА.

Именно поэтому учёные обратились к машинному обучению. В ретроспективное исследование вошли 300 беременных: у 142 впоследствии развилась АБТМА, 158 составили контрольную группу. Для анализа использовали 146 рутинных лабораторных показателей, собранных в динамике в рамках стандартного наблюдения. Авторы **сравнили пять алгоритмов** — лучший из них (градиентный бустинг) проверили на отдельной выборке, составлявшей 20% от всей когорты.

[Сложность диагностики АБТМА — на доклинической стадии нарушения минимальны, разнообразны и практически неотличимы от физиологических сдвигов.]

Результаты оказались **обнадеживающими**: модель достигла AUROC* 0,872, чувствительности 75% и специфичности 81%. При этом алгоритм не только прогнозирует риск, но и показывает, какие именно признаки повлияли на решение.

Был получен достаточно **неожиданный** результат. Самым ранним сигналом, который модель выделила как наиболее важный, оказался уровень **цистатина С** на 6-й неделе беременности. Этот низкомолекулярный белок — маркер клубочковой фильтрации, не зависящий от мышечной массы и воспаления, — начинал меняться задолго до «стандартных» для АБТМА показателей лактатдегидрогеназы, гаптоглобина или количества тромбоцитов.

Клинический смысл этого открытия прост: в анализах крови, стандартно выполняемых всем беременным, присутствуют **скрытые предвестники АБТМА**. Машинное обучение способно их выявить, а интерпретируемость модели позволяет врачу понять логику прогнозирования.

От диагностики постфактум к **предиктивному наблюдению**: именно в этом направлении движется современная медицина, и ИИ становится её надёжным инструментом.

* AUROC (Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve) — метрика, используемая для оценки качества бинарного классификатора. Она показывает площадь под кривой, которая отображает зависимость доли истинных положительных от ложных положительных результатов при различных порогах классификации. Чем ближе AUROC к 1, тем лучше модель способна различать положительные и отрицательные примеры.

Эндометриоз: от визуализации к прогнозу

Одна из главных бед пациенток с эндометриозом — **несвоевременная диагностика**, иногда запаздывающая на годы и даже десятилетия. В апреле 2026 года сделан важный шаг в выявлении «болезни-загадки» — опубликованы результаты оценки **новой диагностической стратегии** эндометриоза, малоинвазивного метода, в котором для выявления эндометриоза с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) использовано **обнаружение интегрина $\alpha\nu\beta 3$** в очагах эндометриоза⁹. Эндотелий экспрессирует этот белок при ангиогенезе в условиях воспаления.

В проспективном открытом нерандомизированном исследовании **DETECT** (от англ. detecting endometriosis integrins using technetium-99m imaging) был изучен диагностический **потенциал ^{99m}Tc -марациклатида** — хелатно-пептидного конъюгата технеция-99m, широко используемого в ядерной медицине, — для **визуализации ангиогенеза** при эндометриозе. ^{99m}Tc -марациклатид связывается с интегрином $\alpha\nu\beta 3$.

[Возможная новая стратегия диагностики эндометриоза — обнаружение мембранного белка интегрин $\alpha\nu\beta 3$ в очагах заболевания с помощью ОФЭКТ.]

В исследовании приняли участие 20 пациенток с **подозрением на генитальный и/или экстрагенитальный эндометриоз**. После ОФЭКТ с ^{99m}Tc -марациклатидом 19 из них было выполнено хирургическое вмешательство. Технециевый сигнал совпадал с интраоперационной локализацией очага или исключением эндометриоза у 16 (84%; 95% ДИ 60–97%) из 19 женщин. Исследование не обладало достаточной статистической мощностью для оценки точности метода, но в его рамках **чувствительность составила 82%** (95% ДИ 57–96%), а **специфичность — 100%** (95% ДИ 16–100%).

У двух (10%) пациенток без выявления очагов эндометриоза при лапароскопии также не наблюдали ^{99m}Tc -марациклатид; в свою очередь положительный технециевый сигнал в области малого таза был интраоперационно подтверждён у 14 (82%; 95% ДИ 57–96%) из 17 женщин.

ОФЭКТ с ^{99m}Tc -марациклатидом может стать **перспективным** методом диагностики эндометриоза, предоставляющим информацию в дополнение к данным УЗИ и МРТ. Ещё одно приоритетное направление, по оценкам экспертов, возможность использования методики с целью **подтверждения рецидивов**, что позволит избежать повторной лапароскопии. Ждём результатов III фазы исследования!

Однако диагностика — лишь одна сторона медали. Важно понимать, что стоит за диагнозом в **долгосрочной перспективе**. Шведские учёные решили проверить: связан ли эндометриоз с раком¹⁰? Они проанализировали данные 49 133 женщин, за которыми наблюдали почти два десяти-

летия. Крупнейшая национальная когорта заставила пересмотреть устоявшиеся взгляды.

Раньше эндометриоз ассоциировали с болью, бесплодием и снижением качества жизни. Теперь к этому списку добавляется ещё один пункт — **повышенный онкологический риск**. Общий риск рака **яичников (РЯ)** и **молочной железы (РМЖ)** оказался выше на 40%. Но самое тревожное — в год постановки диагноза вероятность рака **эндометрия (РЭ)** возрастает в **47 раз**, а РЯ — почти в **40 раз**. Таким образом, эндометриоз перестаёт быть локальной проблемой — теперь это мульти-системный вызов.

Омоложение с отрицательной коннотацией

Эксперты из Великобритании изучили основные факторы риска **омоложения** онкозаболеваний. По их данным, опубликованным в апреле 2026 года, к особенностям питания, употреблению алкоголя и курению можно добавить **ожирение** и недостаточную физическую активность¹¹.

Поведенческие факторы риска установлены для 11 видов злокачественных опухолей (три из них характерны только для женщин): рака щитовидной железы, множественной миеломы, рака печени, почек, жёлчного пузыря, колоректального рака, рака поджелудочной железы, ротовой полости, РЭ, РМЖ и РЯ.

Все вышеперечисленные онкозаболевания (кроме рака ротовой полости) связаны с ожирением, шесть — с курением (рак печени, колоректальный рак, рак ротовой полости, поджелудочной железы, почек, РЯ), четыре — с употреблением алкоголя (рак печени, колоректальный рак, рак ротовой полости, РМЖ), три — с недостаточной физической активностью (колоректальный рак, РМЖ, РЭ) и один — с особенностями питания (колоректальный рак).

Исследователи отмечают, что за весь период наблюдения — с 1995 по 2019 год — **поведенческие паттерны** населения страны изменились в лучшую сторону: уменьшилось число курящих и употребляющих алкоголь молодых людей, всё больше внимания уделяется здоровому питанию. И эти трансформации, безусловно, **отразились на динамике** онкозаболеваемости, хотя и не так выраженно, как хотелось бы.

К сожалению, самый стабильный результат демонстрирует ассоциация некоторых видов рака с **индексом массы тела (ИМТ)**. Например, заболеваемость колоректальным раком, связанная с ИМТ, у молодых женщин выросла на 4,3% в год, в то время как не связанная с ИМТ — на 3,2%. Для РЭ аналогичные показатели составили 3,8 и 1,7% в год соответственно.

По оценкам экспертов, учитывая высокую распространённость избыточного веса и ожирения, влияние на этот фактор может **заметно снизить** онкозаболеваемость — вплоть до 20–30% для РЭ, рака почек, печени и жёлчного пузыря у пациентов более молодого возраста. **SP**

Библиографию см. на с. 80–86.

Программа мероприятий здесь



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ
ШКОЛА-ИНТЕНСИВ

УЗИ

**КАЖДОМУ АКУШЕРУ-
ГИНЕКОЛОГУ**

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

2026



**Емельяненко
Елена Сергеевна,**

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

КУРС ПЕРВИЧНОГО ПОГРУЖЕНИЯ

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

ИНТЕНСИВНЫЙ МАСТЕР-КУРС

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

1-й блок:
15 и 17 октября

2-й блок:
22 и 24 октября

3-й блок:
29 и 31 октября

4-й блок:
5 и 7 ноября

Погружение №3
5–6 сентября
СОЧИ



[back-up]

Для библиографических ссылок

• Князев С.А., Горчакова Е.Ю. Отказ от грудного вскармливания. Пути преодоления // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2026. — №2 (133). — С. 57–62.

StatusPraesens

ИЗВИЛИСТЫЙ млечный путь

Отказ от грудного вскармливания. Пути преодоления



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

Биологический вид «человек разумный» относится к классу млекопитающих и, как следует из самого названия, характеризуется вскармливанием потомства грудным молоком. **Важнейшая связь** естественной потребности новорождённого и основной функции матери. Раннее прикладывание к груди и эксклюзивное грудное вскармливание (ГВ) относят к **базовым профилактическим стратегиям** общественного здоровья, декларируемым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Международной организацией защиты детей, действующей под эгидой Организации Объединённых Наций (United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF)^{1,2}. Однако, по оценкам этих же организаций, даже в первые 6 мес жизни эти перинатальные технологии **доступны менее чем половине детей**. Что же побуждает родившую женщину отказаться от природного механизма или вносить в него определённые ограничения? Можно ли предупредить такое развитие событий? И что должна учитывать современная стратегия поддержки ГВ?

При обсуждении проблем налаживания ГВ с акушерами-гинекологами, неонатологами или педиатрами детской поликлиники нередко приходится сталкиваться со сведением проблемы к простой **плоской оппозиции «хочет/не хочет»**, причём по умолчанию с **возложением вины на женщину**. Такая оценка ситуации проста, понятна, удобна, но в корне неправильна. В первую очередь потому, что она не просто **не направлена на преодоление** «не хочет», но даже и не пытается проанализировать причины такого выбора. Мы попытаемся определить «матрицу отказа от грудного

вскармливания» и разработать стратегию её преодоления.

Античные и средневековые страдания

Важность получения материнского молока как **ведущей технологии выживания** нашло своё отражение в древнейших источниках информации. Ещё в 2000 году до н.э. в Израиле детей считали благо-

[Обсуждение проблемы налаживания грудного вскармливания с врачами нередко сводится к простой плоской оппозиции «хочет/не хочет», причём по умолчанию вину обычно возлагают именно на женщину.]

словением, а ГВ — религиозной обязанностью³. Исполнить это требование мать могла, если была жива после родов, что в те времена случалось далеко не всегда. В случае её гибели решение проблемы напрашивалось само собой — её заменила **другая женщина с лактацией** или новорождённого докармливали животным молоком. Вариации зависели от местных культурных традиций: у ирокезов в случае смерти матери эту обязанность возлагали на бабушку, в других индейских племенах — на любую женщину, в Древнем Египте предпочтение отдавали рабыням-кормилицам^{3,4}. Последних стали всё чаще привлекать к этой функции даже при живой матери. Классовое

расслоение общества, которое принесла цивилизация, превратило биологическую функцию кормилиц в социальный институт.

Для бедных слоёв населения грудное **молоко было ресурсом**, который можно продать, для элитарных — возможностью отделить рождение ребёнка от необходимости ухода за ним. Телесная свобода давала ряд преимуществ: поддержание статуса супруги и хозяйки дома, возобновление сексуальных отношений, возможность быстрее родить ещё детей в обществе с высоким спросом на наследников. Кроме того, наличие кормилицы подтверждало финансовую состоятельность семьи.

О распространённости кормилиц свидетельствуют косвенные упоминания. В Ветхом Завете упомянуто, что Ревекку в дом Авраама сопровождала её кормилица, Моисею в этом качестве привели собственную мать. У индусских князей число кормилиц для одного ребёнка доходило до восьми, и, возможно, это не было пределом⁴.

В Римской империи письменные контракты с кормилицами с описанием продолжительности услуги и её стоимости заключали ещё до нашей эры. Рекомендации по выбору женщин на эту роль и **способы определения качества грудного молока** стали появляться в медицинских трактатах Сорана Эфесского, Галена и Орибасия. Критерии Сорана (капля не должна растекаться по поверхности ногтя или прилипать к нему) использовали в течение 1500 лет⁵. По сравнению с другими альтернативными способами вскармливания (животным молоком, кашами или прожёванной пищей) кормилица была **наименее рискованным вариантом** с любой позиции — инфекционной, биологической или возможной непереносимости.

Дальнейшее развитие общества — увеличение городов, развитие ремёсел, фабричное производство, переход к капитализму — всё шире вовлекало женщин в трудовые процессы, **заставляя отказываться от кормления** ребёнка по экономическим причинам. Для среднего класса нанять помощницу по ведению хозяйства было дороже, чем кормилицу. Беднейшие слои такой возможности позволить себе не могли вовсе и отправляли детей в деревни к родственникам или отдавали на воспитание бедным крестьянкам. Детская смертность была достаточно велика³.

Родильницы из деревень, напротив, часто оставляли детей на попечение родственников, а сами отправлялись в город **с целью монетизации лактации**. Во Франции они регистрировались в муниципальном бюро по трудоустройству и обязательно проходили медицинский осмотр. Законодательный запрет на работу кормилицей в первые 9 мес после родов (подразумевалось, что в это время грудное молоко должен получать собственный ребёнок) чаще всего не соблюдали³, что приводило к **повышенной младенческой смертности** — умирало 33% (!) младенцев, оставленных

13ф лет тому назад

«Если в высшем классе мы видим много женщин, которые не могут быть хорошими кормилицами, то главная причина здесь кроется не в природных недостатках, а в **самом нерациональном образе жизни**. Лишённые какого-нибудь постоянного занятия, которое их интересовало бы, эти женщины ведут рассеянную жизнь, целые дни проводя в запертых, плохо вентилированных комнатах, спать ложатся поздно и поздно встают, едят более, чем требует их действующий организм. Если ко всему этому прибавить отсутствие движения на открытом воздухе, необходимого для поддержания правильной деятельности всех органов, или же постоянные крайности в этом отношении — то чрезмерное утомление (балы), то полную неподвижность (чтение романов и частое употребление возбуждающих кушаний — чая, кофе и пр.), — придётся удивляться только тому **сочетанию антигигиенических условий**, которые собрала личная фантазия или приличия света. Большинство таких матерей могли бы выкармливать своих детей, но каждой из них страшно подумать о тех ригористических требованиях, которые немедленно ей предпишут.

<...> Но с началом эмансипации мать уже **считает для себя оскорбительным** вскармливать своё дитя, воображая, что она создана для каких-то высших целей. В пустоте окружающей её жизни, в оковах общественных приличий она ищет удовлетворения своей нравственной стороны. И только с поворотом культуры на более естественный путь, когда эфемерное здание “лжеобразования” рушится под неотразимыми ударами критики и человек осмыслит своё положение в природе, мать снова возвращается к своим обязанностям, ясно **понимая всю (свою) ответственность** перед обществом за вверенное ей природою достояние, и в выполнении своего долга всегда находит нравственное удовлетворение».

Жук В.Н. Мать и дитя. 1894.

[Запрет на работу кормилицей в первые 9 мес после родов чаще всего не соблюдали, что приводило к повышенной младенческой смертности — умирало 33% детей, оставленных матерями родственникам.]



[Нынешнее состояние грудного вскармливания — это определённый парадокс: доказательная база в его пользу с каждым годом всё объёмнее, однако частота его остаётся неравномерной и непостоянной.]

матерями на попечение родственников. Разразившаяся франко-прусская война, прекратившая этот отхожий промысел родильниц, привела к снижению показателя наполовину — 17%⁴.

Институт кормилиц просуществовал до XX века и **не исчез полностью** — банки (помещения хранения, а не стеклянные сосуды) донорского грудного молока существуют и даже немного развиваются. Упадок рынка грудного молока был вызван развитием науки — появлением его заменителей.

Бесовская наука

В 1760 году французский врач Жан-Шарль Дезессарт (Jean-Charles Dessartz) опубликовал «Трактат о физическом воспитании детей младшего возраста», в котором сравнил состав женского молока с коровьим, овечьим, ослиным, кобыльим и козьим. Он пришёл к выводу, что ни одно из них **не может полностью заменить** человеческое³. Однако спрос на альтернативу существовал, и её поиски продолжались. Молоко животного происхождения стали дополнять различными химическими субстанциями: сначала — мукой и содой, позднее — углеводами, белками, минералами и витаминами. Для предупреждения аллергических реакций использовали заменители животного молока — растворённую соевую муку.

Параллельно шло развитие средств доставки продукта — **устройств для кормления**. Прообразы современных бутылочек — глиняные сосуды продолговатой формы с вытянутым носиком — археологи изначально принимали за наполнители масляных ламп, но химический анализ, показавший остатки казеина, и нахождение в могилах младенцев указали на их истинную принадлежность. Позднее глину стали заменять железом, серебром, но только появление стекла позволило качественно обрабатывать ёмкость. То же самое ка-

салось сосок — матерчатые, кожаные, костяные служили рассадником инфекции и часто приводили к смерти младенцев, и лишь с появлением резиновых изделий эта проблема начала медленно уходить. Распространение гигиены и появление сухих смесей, менее требовательных к условиям хранения, **снизили младенческую смертность** от пищевых инфекций, стеклянные и резиновые изделия стали обрабатывать — альтернатива ГВ выглядела **доступной, удобной и стандартизированной**.

Как спрос и предложение сформировали рынок услуг кормилиц, также теперь эти же процессы запустили **формирование целой индустрии** промышленных заменителей природного средства, но с добавлением маркетинговых технологий XX века: «знаков одобрения» медицинских ассоциаций и поддержки экспертов. Красивая бутылочка, мерная ложка, привлекательная фабричная упаковка, с одной стороны, и навязываемая рекламой идеология о «научно подобранном» составе компонентов, «рекомендации специалистов», с другой стороны, мотивировали женщин на выбор более «современного» и «престижного» подхода. Эта формула станет ключевой в рекламе смесей на протяжении всего XX века: **материнское молоко будет конкурировать** не с голодом, а с обещанием контроля, измеримости и прогресса, что обеспечит массовое распространение искусственного вскармливания³.

Базисом для становления порочной схемы была **больничная организация родов**, извратившая первые часы и дни после рождения для матери и новорождённого: раздельное пребывание, кормление по часам, ранние докормы и использо-

вание бутылочек. Всё, что могло способствовать нарушению процесса становления лактации, **превратилось в регламент**. Врачи и родильные дома стали каналами продвижения смесей: рекомендацию воспринимали как медицинскую, хотя она была частью маркетинговой стратегии. Система, гарантирующая предоставление заменителя «отказчице», пришла в статус постоянной готовности.

Современные страсти

Нынешнее состояние ГВ — это определённый парадокс: **доказательная база** в пользу поддержки ГВ с каждым годом **всё объёмнее**, но частота его остаётся неравномерной и непостоянной. Глобальные обзоры ЮНИСЕФ и ВОЗ указывают, что эксклюзивное ГВ распространяется, но темпы этого процесса неравномерны и зависят от большого количества переменных: государственной поддержки, уровня дохода и образования, городского или сельского проживания, а также от ограничений коммерческих предложений заменителей молока^{2,5}. Низкая доля ГВ в популяции не означает, что женщины масово «не хотят» кормить, скорее — что **общество не создало условий**, в которых кормление возможно без экономических и психологических потерь для матери.

Степень **психологического гавления** по этому вопросу вообще сложно переоценить — противоречивые советы в роддоме, поликлинике, интернете и семье создают когнитивный шум: один врач рекомендует кормить по требованию, другой — по часам, подруга советует избегать бутылочки, другая — предлагать докорм «для спокойствия», один неонатолог трактует потерю веса как норму, другой — пугает гипогалактией и дистрофией. В такой среде женщина часто выбирает смесь как более определённое, измеримое и понятное решение.

Особое значение имеет **первый контакт сразу после родов**. Раннее начало

[Низкая доля грудного вскармливания не означает, что матери не хотят кормить, это общество не создало условий, в которых кормление возможно без экономических и психологических потерь для них.]

кормления и совместное пребывание родильницы и новорождённого создают условия для становления лактации, раздельное пребывание и необоснованный докорм, напротив, формируют траекторию прекращения. Рекомендации ВОЗ по вскармливанию подчёркивают **раннее начало и исключительно ГВ** не как идеологический лозунг, а **как организационную норму** помощи матери и ребёнку^{2,5}. Если учреждение декларирует поддержку, но фактически не обучает персонал и не меняет рутину — политика остаётся символической.

Ещё один важный мотиватор — цифровая среда. Современные матери получают информацию из форумов, блогов, маркетплейсов, приложений, социальных сетей и чатов. Их пользователи считают, что «после кесарева сечения молока не бывает», «маленькая грудь не кормит», «после стресса молоко испорчено», «частые кормления означают голод», «смесь сытнее», «ночные кормления вредят режиму», «после определённого возраста молоко пустое». Энциклопедия абсурда **бесконечна, но убедительна** для женщины.

Сетевой маркетинг стал персонализированным и нативным, что затрудняет распознавание коммерческого интереса. Отчёты ВОЗ и ЮНИСЕФ показывают, что реклама заменителей грудного молока **старается воздействовать на родителей** через эмоции, научный язык, «советы экспертов» и педалируя страхи⁶. Исследование Найджела Роллинса (Nigel Rollins) описывает комплексное воздействие этой системы: дизайн упаковки, заявления о научности, сравнение с грудным молоком, программы лояльности, подарочные наборы, спонсорство профессиональных мероприятий, обучение медицинских работников, цифровое таргетирование, экспертные блог-платформы и создание тревоги во круг нормального поведения младенца⁷.

Маркетинг смесей работает особенно эффективно там, где мать **не получает полной поддержки**. Если женщина испытывает тревогу, ребёнок часто просит грудь, родственники начинают давить рекомендациями, а специалист недоступен, рекламное обещание «комфорта», «сытости» или «научно адаптированного состава» попадает в точку. Продукт продают не просто как питание, а как решение материнской неуверенности.

Горе от ума

Абсурдные теории о пользе «контролируемой технологии», при которой женщина может точно рассчитать потребляемый ребёнком объём питания, над «неуправляемой телесностью» при эксклюзивном вскармливании появились не сегодня.

Подобная псевдонаука в отношении грудного вскармливания возникла и ранее. До XVII века врачи навязывали **абсурдную идею о вредности молока** в первый день после родов. Это поверье широко бытовало и среди народа, первое молозиво считали «нечистым». Возможно, это было следствие трансформации древнеримского приношения первого молозива в дар богине Потине.

Попытки «придать научность» естественному процессу имели и другие формы. Немецкий хирург Фридрих Август фон Аммон (Friedrich August von Ammon) считал, что допустимо в одно кормление использовать **только одну молочную железу**, чередуя их в строгом порядке¹⁰. Эти заблуждения, как и попытки навязывания кормления по часам, распространены до сих пор.

[Рекомендации ВОЗ по грудному вскармливанию подчёркивают **раннее начало и исключительно грудное вскармливание** не как идеологический лозунг, а как **организационную норму** помощи матери и ребёнку.]

В этом смысле рынок не создаёт все причины отказа с нуля, а лишь **усиливает и монетизирует уязвимости**, возникшие в медицинской и семейной средах. Выбор также формируется под влиянием не только асимметрии информации и слабости законодательного регулирования рекламного рынка, но и распределения обязанностей внутри семьи^{8,9}.

Личность, семья и общество

ГВ требует **времени, частного пространства и поддержки**. Женщина с оплачиваемым отпуском, внимательным отношением партнёра, берущего на себя часть домашних забот, доступом к консультанту и безопасным пространством имеет намного большую вероятность продолжения кормления, чем вынужденная быстро вернуться к сменной работе из-за страха её потери, живущая в тесном жилье, без поддержки и с критически настроенными родственниками.

Трудовая занятость — наиболее устойчивый современный фактор отказа от ГВ: возврат на работу затрудняет кормление по желанию ребёнка, требует

сцеживания и хранения молока, согласования перерывов и защиты от негативного отношения со стороны коллег. В таких условиях смесь становится не альтернативой предпочтения, а **технологией адаптации** к рынку труда.

Публичное пространство дополняет барьеры. Женщины могут прекращать кормление или переходить к бутылочке из-за страха осуждения, отсутствия комнат матери и ребёнка и запретов в учреждениях. Даже если формального запрета нет, взгляды окружающих могут делать ГВ **социально некомфортным**. Нормализация публичного кормления не означает принуждение всех матерей кормить на виду, а лишь то, что у них появляется выбор, а не необходимость прятаться или завершать лактацию ради социальной приемлемости. Появление комнат для кормления в стандарте оснащения медицинских учреждений и общественных мест способствует выбору в пользу ГВ.

На индивидуальном уровне **наиболее частые причины отказа** от кормления грудью — боль, трещины сосков, трудности прикладывания, нагрубание молочных желёз, сомнения в прибавке массы тела ребёнка, усталость и боязнь нехватки молока. Особенно эти фак-

Современная матрица причин отказа от грудного вскармливания

Уровень	Причина	Механизм	Стратегия
Клинический	Боль, лактостаз, трудности прикладывания, сомнения в количестве молока	Трудность превращается в отказ, если помощь запаздывает	Раннее прикладывание, эксклюзивное ГВ, помощь консультанта
Информационный	Мифы, противоречивые советы	Нормальное поведение ребёнка считают патологическим состоянием	Единые протоколы обучения персонала, женщины и членов её семьи
Трудовой	Короткий оплачиваемый отпуск, отсутствие комфортной среды	Выбор между экономическими преимуществами отказа и продолжением ГВ	Оплачиваемый отпуск, перемены, приватное помещение, защита от дискриминации
Коммерческий	Реклама и спонсорство со стороны производителей смесей	Материнская тревога превращается в рыночный спрос	Внедрение Кодекса ВОЗ, контроль конфликтов интересов на законодательном уровне
Психосоциальный	Депрессия	Сложности с кормлением приводят к нарастанию стресса	Поддержка без принуждения

торы выражены в **первые дни и недели** начала ГВ. Психологическая нагрузка раннего материнства — ночные кормления, восстановление после родов, боль после кесарева сечения, отсутствие сна — делают ГВ не только техникой, но и испытанием силы воли женщины на прочность.

Поддержка лактации должна включать помощь по уходу за новорождённым, квалифицированные советы по преодолению проблем с ГВ, домашнюю поддержку и психологическое сопровождение, а не только инструкцию — «чаще прикладывать».

Современная клиническая **причина отказа редко бывает одна**. Типичный сценарий выглядит как каскад: позднее первое прикладывание, докорм в роддоме, болезненный захват, тревога из-за плача, совет «молоко жидкое», бутылочка, снижение стимуляции, ощущение недостатка молока, окончательный переход на смесь. В таком каскаде каждая ступень кажется малой, но итог женщина воспринимает как личную лактационную неудачу. Именно поэтому следует подчеркнуть значение **ранней, непрерывной и квалифицированной** поддержки¹¹. Образовательные программы должны быть адресованы не только матерям, но и партнёрам и другим членам семьи.

Выход из матрицы

Современная матрица причин отказа от ГВ позволяет выделить основные **провоцирующие факторы** и механизмы их реализации, а также разработать **стратегию противостояния** этому неблагоприятному развитию событий (табл.). Эти факторы **редко существуют изолированно**, чаще наблюдают их комбинацию или синергизм.

Например, родильница с болезненными трещинами отмечает снижение количества молока, но возникло оно не само по себе, а совпало с докормом в роддоме. Отсутствие консультанта добавляет тревоги и депрессии, а реклама смеси для «комфортного пищеварения» навязывает выбор, сначала в качестве разовой меры, которая ещё больше нарушает процесс становления. Круг замыкается.

Именно поэтому политика поддержки ГВ должна быть комплексной: обучение медицинского персонала и пациенток с членами семей, **жёсткий регламент для докорма** и контроль его соблюдения, **законодательная защита интересов** кормящей женщины в отношении условий труда и изменение стандартов общественных пространств, позволяющих осуществлять кормление в спокойной приватной обстановке. Необходим **строгий надзорный контроль**, сокращающий пространство для маркетинговых уловок производителями искусственных смесей, аналогичный таковому для производителей табачных изделий.

Этическая составляющая стратегии должна признавать двойной субъект: ребёнок нуждается в безопасном питании, а женщина — в поддержке, помощи, сне, лечении и возможности принимать решения о своём теле. Такой подход не снижает ценность грудного молока — он **делает поддержку легитимной**, не ущемляя ничьих интересов.



Необходимо различать автономный отказ, когда женщина информирована, имеет поддержку, понимает риски и преимущества, но **выбирает иной способ кормления** в соответствии со своими предпочтениями или состоянием, и структурный — мать **хотела кормить, но не смогла** из-за отсутствия поддержки, необходимости работы, давления рекламы или неполноценной медицинской помощи. Стратегия должна уважать первый и предотвращать второй: смешение этих вариантов делает дискуссию предвзятой. Вместо вопроса «Почему вы отказались?» полезнее спрашивать «Что мешало продолжать?», «Какая помощь была доступна?», «Чего вы хотели?», «Что было самым трудным?». Такой язык снимает часть обвинения и **открывает причинную структуру** в истории взаимодействий, где женщина постепенно теряла уверенность, ресурс и право на помощь. **SP**

Библиографию см. на с. 80–86.



Для библиографических ссылок

• Конопля А.А. Органосохраняющая миомэктомия при гигантской миоме матки: клинический случай // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2026. — №2 (133). — С. 73–78.

StatusPraesens

сохранить для будущего

Органосохраняющая миомэктомия при гигантской миоме матки:
клинический случай



Автор: Алексей Александрович Конопля,
докт. мед. наук, доц., зав. гинекологическим
отделением медицинского центра «100med»
(Люберцы)

Копирайтинг: Ольга Быкова

Миома матки — самая частая доброкачественная опухоль репродуктивной системы: распространённость заболевания в возрастной категории 50 лет составляет около 70%, при этом клинически значимые проявления регистрируют примерно у трети женщин фертильного возраста¹⁻⁴. Опухоли массой свыше 800 г традиционно относят к категории гигантских. Эта ситуация — уже казуистика⁵. Стандартные решения известны, однако **развилка между «удалить» и «сохранить»** — вопрос как техники вмешательства⁶, так и оценки состояния конкретной женщины: возраст, репродуктивные планы, уязвимость и не только.

Эта история о том, что в современной системе здравоохранения важно встретить врача, который захочет взять на себя **ответственность за нестандартное решение**. Со слов пациентки, в нескольких учреждениях ей последовательно **предлагали радикальный** вариант лечения — удаление матки как единственно возможное решение. Для женщины 41 года с одной беременностью в анамнезе, закончившейся самопроизвольным выкидышем, и **не реализовавшей репродуктивную функцию**, перспектива лишиться матки была отдельной психологической травмой.

Языковой барьер только усугублял ситуацию: разговор о столь серьёзном вмешательстве на ломаном русском языке вести нелегко, и пациентка не могла быть **по-настоящему услышанной**. Тем не менее возвращение на родину для лечения женщина для себя **исключила осознанно**. Она достаточно хорошо

представляла себе уровень специализированной помощи, доступной по месту рождения, и понимала, что задача такого масштаба — гигантская опухоль брюшной полости с нарушением функции соседних органов — там скорее всего не будет решена органосохраняюще. Именно поэтому свой маршрут она выстраивала внутри России, обращаясь в различные медицинские организации, без «прикрытия» страховым полисом.

Тихий рост: анамнез,
который ускользал

Пациентка Ш., 41 год, иностранная гражданка, живёт и работает в России более 10 лет, российского гражданства не имеет. На приём в медицинский центр «100med» (Люберцы) **обратилась самостоятельно** 11 марта 2026 года с жалобами

[Стандартные решения при гигантской опухоли матки известны, однако **развилка между «удалить» и «сохранить»** — вопрос как техники вмешательства, так и оценки состояния конкретной женщины.]

на увеличение объёма живота, чувство тяжести и одышку при физической нагрузке. Особенность коммуникации — **языковой барьер**: русским владеет частично, общение требовало неоднократных уточнений и привлечения сопровождающих.

Менструальная функция: менархе с 14 лет, цикл регулярный, безболезненный, по 3–4 дня через 28–30 дней, умеренный объём кровопотери. В течение последних 6 мес отмечает удлинение менструации до 8 дней с массивными кровопотерями. Половая жизнь с 19 лет, в браке. Контрацепция — барьерная. В анамнезе **одна беременность** (2020), завершившаяся самопроизвольным выкидышем на раннем сроке; роды отрицает. Со слов пациентки — последнее посещение гинеколога и УЗИ выполнены в 2022 году, нарушений не выявлено.

Перенесённые заболевания: ОРВИ; детских инфекций не помнит. Туберкулёз, вирусные гепатиты, ВИЧ, ИППП отрицает. Хирургический анамнез не отягощён. Аллергологический — без особенностей. Группа крови: В (III), Rh-отрицательная. Гемотрансфузий в анамнезе не было.

Маршрут отчаяния

С ноября 2025 года пациентка отметила **постепенное увеличение живота**. В первые месяцы она расценивала это как наступившую беременность. Затем, когда стало очевидно, что речь не о гестации, она пришла к другому объяснению: **набор веса**. Именно с такой формулировкой — желанием «привести себя в форму» — она и **обратилась к врачу впервые**: за консультацией по питанию. И уже на этом приёме терапевт/диетолог, осмотрев живот, заподозрил объёмное образование. С этого момента и началась диагностическая цепочка, в которую оказались вовлечены врачи разных специальностей из нескольких медицинских учреждений региона.

Первым предположением медиков была опухоль печени; после расширения обследования рабочий диагноз сместился на опухоль яичника; и только **на третьем этапе**, по данным УЗИ, была заподозрена миома матки. В клиниках, куда обращалась пациентка, в разных формулировках звучало одно и то же

[От первичного обращения в клинику до операции прошло всего 8 дней — этого потребовали нарастающий компрессионный синдром и особенности психологического состояния пациентки.]



Рис. 1. Внешний вид живота пациентки накануне операции.

предложение: **тотальная гистерэктомия**. Аргументация была понятной: гигантский размер и риск кровопотери. Дополнительным мотивом, по сути, выступал и страх самих хирургов перед таким объёмом вмешательства — отсюда настойчивое предпочтение более «простого», радикального варианта. Женщина **категорически отказалась** от удаления матки. Она искала клинику, готовую к органосохраняющему подходу.

Размеры, которые не помещаются в схему

Первичный осмотр в «100med» 11 марта 2026 года: рост 175 см, вес 80 кг, ИМТ 26,12 кг/м² (избыточная масса тела), телосложение гиперстеническое. Живот значительно увеличен в объёме за счёт пальпируемого через переднюю брюшную стенку **плотноэластического образования**, занимающего малый таз,

всю брюшную полость и достигающего рёберных дуг (рис. 1).

При бимануальном исследовании матка — размерами, **соответствующими 34–36 нед беременности**, плотная, безболезненная, малоподвижная; пальпаторно определялась как единое плотное гладкое образование без отчётливой бугристости. Шейку матки в зеркалах вывести в полном объёме не удавалось из-за смещения органа опухолью; визуализируемая часть — без патологических изменений, выделения слизистые, светлые. Своды влагалища уплощены, сглажены опухолевым конгломератом. Придатки отдельно не пальпируются. Признаки **нарушения функции соседних органов**: учащённое мочеиспускание малыми порциями, эпизоды задержки стула, эпизодически — одышка в горизонтальном положении.

Установлен **предварительный диагноз**:

- Основной. D25.1 — Интрамуральная лейомиома матки (МКБ-10).
- Клинический. Миома матки гигантских размеров; перешеечный миоматозный узел с интрамурально-субсерозным ростом, занимающий малый таз и брюшную полость.
- Осложнения. Компрессионный синдром (нарушение функции мочевого пузыря, кишечника, диафрагмального дыхания).
- Сопутствующее. Аномальное маточное кровотечение, обусловленное миомой (АМК-Л по классификации PALM-COEIN⁷); хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия лёгкой степени.

Восемь дней и одна госпитализация

От первичного обращения до операции прошло всего **8 дней** — этого потребовали нарастающий компрессионный синдром и психологическое состояние женщины. Пациентка была госпитали-

зирована по принципам **fast-track** в день оперативного вмешательства. После завершения полного амбулаторного клинико-лабораторного обследования ей было предписано 8-часовое голодание. Механическая подготовка кишечника не проводилась — в гинекологической хирургии в рамках протоколов ERAS (Enhanced recovery after surgery, ускоренное восстановление после хирургического вмешательства) она не обязательна⁸.

Лабораторные исследования. За неделю до операции (8 марта 2026 года): гемоглобин 107 г/л, гематокрит 34,1%, MCV 71,9 фл, MCH 22,6 пг, MCHC 313 г/л, RDW 17,1% — микроцитарная гипохромная анемия лёгкой степени (на фоне хронической компрессии и предполагаемых аномальных маточных кровотечений). Повторный скрининг 14 марта 2026 года: гемоглобин 99 г/л, гематокрит 33,1%.

Биохимический профиль: общий белок, альбумин, креатинин, мочеви́на, билирубин, печёночные ферменты, глюкоза — в пределах референсных значений. Коагулограмма без признаков гиперкоагуляции. Общий анализ мочи: лейкоцитарная эстераза 3+, бактерии 3799,6/мкл — выявлена бессимптомная бактериурия, потребовавшая предоперационной обработки. Маркёры инфекций (ВИЧ, RW, HBsAg, anti-HCV) — отрицательно. Мазок на флору — норма.

Магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза в предоперационном периоде **не выполняли**. Решение принято с учётом нарастающего компрессионного синдрома, прогрессирующей анемии и типичной клинико-ультразвуковой картины миомы, подтверждённой тремя независимыми специалистами ультразвуковой диагностики. От дополнительного исследования отказались в **пользу скорейшего хирургического** лечения. В соответствии с современными гайдлайнами при быстрорастущих крупных узлах МРТ рекомендована

[При быстрорастущих крупных узлах МРТ рекомендована как инструмент дифференциальной диагностики с лейомиосаркомой и гладкомышечной опухолью с неопределённым злокачественным потенциалом.]

как инструмент дифференциальной диагностики с лейомиосаркомой и гладкомышечной опухолью с неопределённым злокачественным потенциалом (Smooth muscle Tumour of Uncertain Malignant Potential, STUMP)⁹.

Однако **факторы высокого риска** злокачественности (возраст старше 50 лет и рост образования в постменопаузе, очаговая боль) у пациентки **отсутствовали**. Гистологическое исследование операционного материала, выполненное после вмешательства, подтвердило доброкачественный характер процесса.

С учётом редкой группы крови — В (III), Rh-отрицательная — и прогнозируемых рисков массивной кровопотери заранее **заготовлен запас компонентов крови**, подготовлена бригада трансфузиологов и зарезервировано место в палате интенсивной терапии для послеоперационного наблюдения.

Девяносто четыре минуты

В день операции пациентка планово поступила в стационар. Предоперационная подготовка в палате заняла около 2 ч и включала приём антибиотиков и профилактику тромботических осложнений. Психологическая подготовка осуществлена с помощью переводчика; на стационарном этапе была дополнительно подтверждена осведомлённость пациентки об объёме и рисках вмешательства и получено информированное согласие. **Оперативное вмешательство** выполнял доц. А.А. Конопля; в состав бригады входили ассистент, анестезио-

логическая бригада и бригада трансфузиологов, находившаяся в готовности. **Продолжительность операции составила 94 мин** (рис. 2).

В качестве доступа была избрана **нижнесрединная лапаротомия**. Разрез был доведён почти до мечевидного отростка, однако сознательно оставлен чуть короче, чем это позволяло анатомическое поле, для уменьшения травмы передней брюшной стенки и объёма оперативной раны.

После вскрытия брюшной полости картина оказалась **анатомически нестандартной**. Топографически узел был перешеечным: он исходил из перешейка по правому ребру матки, и сама матка как будто «сидела» сверху на этом узле. Тело матки было оттеснено к передней брюшной стенке, в умбиликальную область, тогда как ниже располагался гигантский миоматозный узел, занимавший практически всю брюшную полость и распространявшийся в малый таз, фактически выстилая всё дугласово пространство. Такая конфигурация полностью искажала привычное анатомическое строение органов и **делала невозможной безопасную** дифференцированную работу с магистральными сосудами до момента энуклеации узла.

Наиболее серьёзные **технические трудности** были связаны именно с выведением гигантского узла из брюшной полости. Начали травмироваться мелкие вены — это привело к развитию диффузного венозного кровотечения, которое, тем не менее, оставалось контролируемым. Ключевым фактором в этой ситуации стала скорость работы: пока узел не был энуклеирован, полноценный доступ к сосудистым структурам оставался ограниченным, и каждая лишняя минута увеличивала объём кровопотери.

При ревизии полости малого таза **дополнительно выявлен** и энуклеирован второй интрамуральный узел в области дна матки массой около 500 г и диаметром до 8 см — типичной структуры, без особен-

[Важное значение имела скорость работы: до энуклеации узла доступ к сосудистым структурам оставался ограниченным, и каждая лишняя минута кровотечения увеличивала объём кровопотери.]

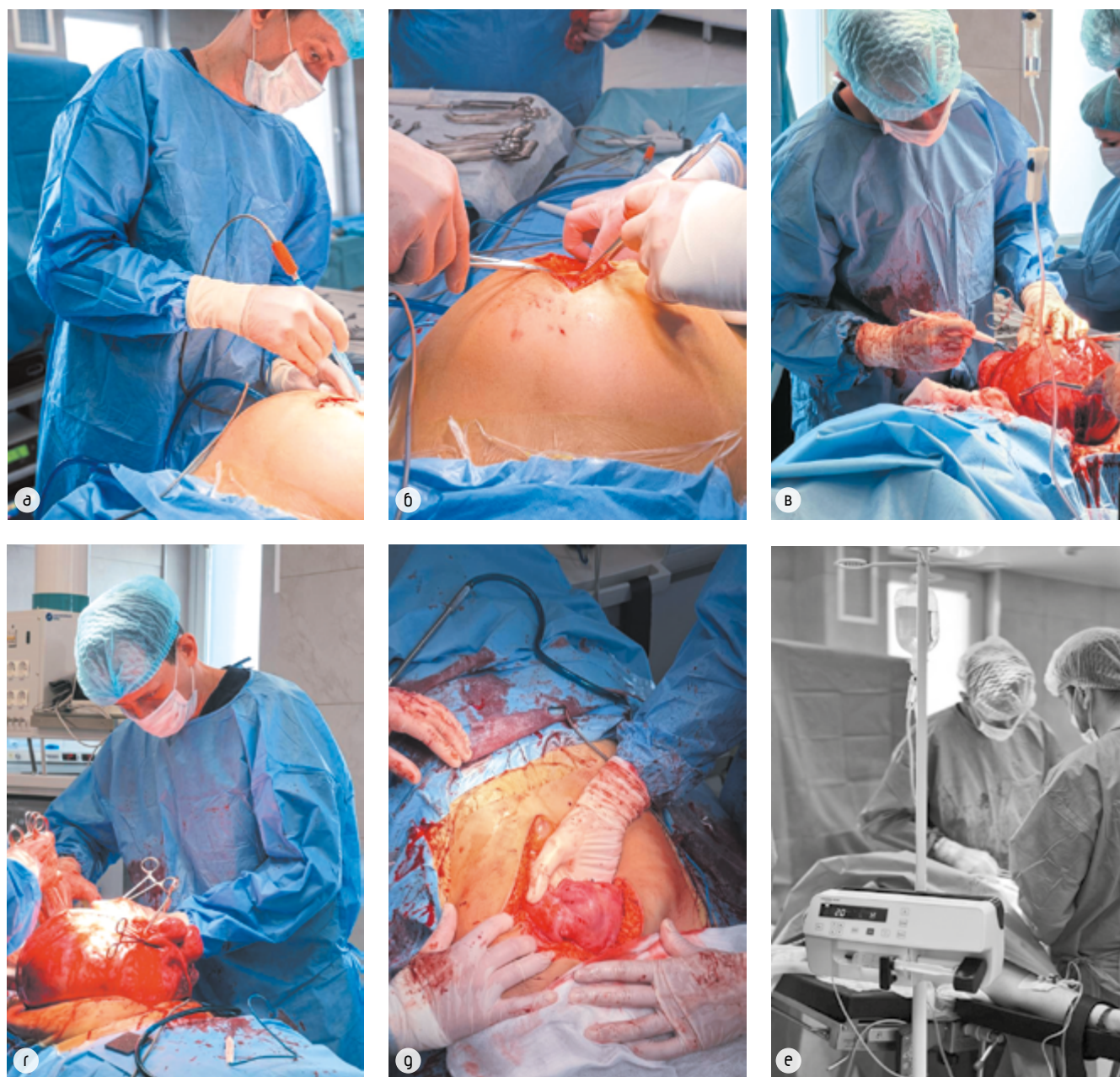


Рис. 2. В операционной: а — разрез на коже; б — вход в брюшную полость; в — этап энуклеации; г — завершение этапа энуклеации с поэтапной остановкой кровотечения; г — сформированная матка; е — операционная бригада.

ностей. Суммарная масса удалённых миоматозных тканей — 7065 г. Масса основного удалённого препарата составила 6565 г (рис. 3) при размерах около 30×25×20 см — в пределах группы гигантских миом (по литературным критериям — масса узла свыше 800 г либо общий вес матки с узлом более 11,34 кг). На разрезе — белёсая волокнистая ткань с характерным «завитковым» рисунком без видимых участков некроза или кровоизлияний. Препарат направлен на патологоанатомическое исследование, окраска гематоксилин—эозин).

Гистологическое заключение. Микроскопически материал представлен фрагментами лейомиомы: одинаковые веретенообразные клетки, складывающиеся в пучки гладкомышечных

волокон, хаотично переплетающиеся и анастомозирующие между собой; между пучками — прослойки соединительной ткани с отёком. Клетки с нечёткими контурами, хорошо выраженной эозинофильной цитоплазмой и удлинёнными ядрами. Признаков клеточной атипии и повышенной митотической активности не выявлено. Заключение — **морфологическая картина лейомиомы матки** (МКБ-10: D25).

После завершения энуклеации произведён **поэтапный гемостаз** с прошиванием магистральных сосудистых пучков. Стенка матки восстановлена двухрядным мышечно-мышечным швом с серозно-мышечным перитонизирующим рядом. Брюшная полость осушена, передняя брюшная стенка ушита

послойно; кожа — внутрикожным косметическим швом.

Суммарный объём кровопотери к моменту завершения энуклеации составил около 900 мл. Объём циркулирующей крови эффективно контролировали анестезиологи. Необходимости в переливании компонентов крови не было.

Анестезия — комбинированная общая с ИВЛ. Индукция выполнена в 10.00, разрез — в 10.15. Интраоперационный период до этапа выведения узла протекал стабильно: АД удерживалось в пределах 115–125/70–80 мм рт.ст., ЧСС 70–80/мин, SpO_2 99–100%. Объём инфузионной терапии к моменту извлечения препарата составил около 1500 мл сбалансированных кристаллоидов и 500 мл коллоидов; от трансфузии компонентов крови воздержались, ориентируясь на **стабильную гемодинамику** и интраоперационный контроль показателей красной крови.

На этапе ушивания через несколько минут после извлечения опухоли и декомпрессии забрюшинных сосудов имел место **эпизод постдекомпрессионной артериальной гипотензии**: АД снизилось до 90/55 мм рт.ст. при сохранной ЧСС и нормальной сатурации.

Патофизиологически это **связано с освобождением** нижней полой вены и подвздошных сосудов от длительной аортокавальной компрессии гигантской опухоли. После энуклеации и декомпрессии венозный возврат резко возрастает, а изменившаяся ёмкость сосудистого русла в брюшной полости временно превышает привычную для организма «точку настройки» и даёт кратковременное снижение общего



Рис. 3. Удалённая опухоль: а — макропрепарат, б — взвешивание препарата.

периферического сосудистого сопротивления и преднагрузки — по механизму, аналогичному освобождению полой вены при устранении выраженного асцита. При меньших опухолях этот феномен клинически практически не выражен.

Гемодинамика восстановлена в течение 5–7 мин на фоне болюсной инфузионной нагрузки (500 мл сбалансированного кристаллоидного раствора) и кратковременной вазопрессорной поддержки норадреналином в дозе 0,4 мкг/кг/мин через инфузомат; через 15 мин после стабилизации АД на уровне 110/70 мм рт.ст. инфузия норадреналина была впоследствии уменьшена до 0,2 мкг/кг/мин и отменена к моменту окончания операции.

Учитывая длительность вмешательства, объём кровопотери (900 мл), характер эпизода постдекомпрессионной

гипотензии и необходимость окончательного контроля гемодинамики, экстубация в операционной была признана преждевременной. Пациентка **переведена в палату интенсивной терапии** на продлённой ИВЛ; экстубирована в 12.50 — через 1 ч после перевода — при полном восстановлении сознания, стабильной гемодинамике без вазопрессорной поддержки и адекватном самостоятельном дыхании. Длительность анестезиологического пособия — 2 ч 50 мин (10.00–12.50).

Долгожданное возвращение

Ранний послеоперационный период протекал без особенностей. Активизация — в первые сутки после экс-

Динамика показателей гемограммы*

Показатель	До операции (14.03)	1-е сутки	2-е сутки	Выписка (23.03)	Через 2 мес (23.05)
Нб, г/л	99	84	79	75	134
Нт, %	33,1	27,8	26,1	24,1	41,7
MCV, фл	70,2	70,8	71,5	73,2	85,1
MCH, пг	20,9	21,1	21,4	22,0	27,4

* Микроцитарная гипохромная ЖДА лёгкой степени до операции — типичное проявление хронической миомной кровопотери⁷. Послеоперационное снижение Нб отражает кровопотерю и постепенное перераспределение объёма циркулирующей жидкости. Решение о выписке без гемотрансфузии при Нб 75 г/л принято в рамках рестриктивной трансфузионной стратегии: согласно действующим методическим рекомендациям по периоперационной инфузионно-трансфузионной терапии порог для рутинного введения эритроцитарных компонентов у стабильного бессимптомного пациента составляет примерно 70 г/л⁸. При сохранной гемодинамике, отсутствии клиники анемической гипоксии и сохранном диурезе показаний к гемотрансфузии не было. Быстрое восстановление гемограммы через 2 мес (Нб 134 г/л) на пероральном препарате железа объясняется прекращением хронической кровопотери и реальным восполнением депо железа.



Рис. 4. Состояние послеоперационного рубца через 2 мес.

тубации; восстановление перистальтики — к концу первых суток; удаление дренажей и катетеров — на следующий день после операции по стандартному протоколу.

Выполнены послеоперационная антибактериальная профилактика, профилактика тромбоэмболических осложнений, динамический контроль показателей гемограммы (табл.).

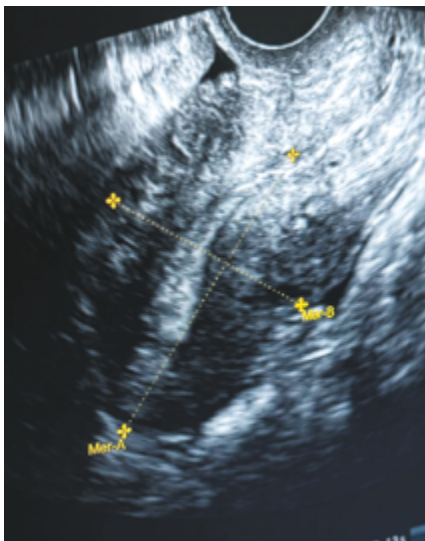


Рис. 5. Трансвагинальное УЗИ органов малого таза через 2 мес после операции (26.05.2026): матка нормальных размеров, миометрий однородной структуры, послеоперационный рубец без особенностей.



С учётом сохранной гемодинамики, отсутствия клиники анемической гипоксии и достаточного перорального усвоения препаратов железа **гемотрансфузию не выполняли**; пациентка **получала пероральные препараты железа** и сбалансированную диету.

Пациентка выписана из стационара на 5-е сутки после операции, 23 марта 2026 года, с уровнем Нб 75 г/л и стабильным самочувствием.

Первая контрольная явка — через 7 сут после операции. Снят внутрикожный косметический шов; рана зажила первичным натяжением без признаков воспаления. Выполнено контрольное УЗИ: матка слегка отёчна, послеоперационный шов на матке отчётливо визуализируется, без признаков несостоятельности; в проекции шва на матке — гематома около 2×3 см, без распространения, без клинических проявлений; свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не определяется. Избрана наблюдательная тактика с контрольной **явкой через 2 мес**.

Контрольный осмотр и УЗИ органов малого таза выполнены 23 мая 2026 года (рис. 4). Жалоб нет. Менструальный цикл восстановился, длительность менструации — до 4 дней, объём кровопотери умеренный. **Гемограмма полностью нормализовалась** без парентеральной коррекции ферродефицита: Нб 134 г/л, Нt 41,7%, MCV 85,1 фл.

По данным **трансвагинального УЗИ** (рис. 5): тело матки 61×41×52 мм, объём 98 см³ — в пределах нормы. Контур ровный, миометрий однородный с послеоперационным рубцом по передней стенке без признаков несостоятельности или гематомы. М-эхо толщиной до 5,3 мм; в верхней трети полости лоцируется образование размерами 8,2×4,7×6,6 мм с признаками единичной питающей сосудистой ножки — подозрение на полип эндометрия. Яичники без особенностей, фолликулярный аппарат сохранён, O-RADS 1 с обеих сторон. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.

Найденное образование эндометрия определяет **направление дальнейшего наблюдения**: гистероскопия с прицельной полипэктомией и морфологической верификацией в плановом порядке. Пациентка предупреждена, согласна. Орган-мишень — **матка** — **сохранён в полностью функциональном состоянии**; обсуждаются перспективы планирования беременности после морфологической верификации полипа.



Представленный клинический случай показал, что миома матки массой 6,565 кг, многие годы остававшаяся бессимптомной — и затем принимавшаяся пациенткой за беременность, — остаётся **технически выполнимой задачей для органосохраняющей хирургии** даже при анатомически сложной перешеечной локализации узла и искажении привычных анатомических ориентиров. Ключевыми **лагаемыми успеха** стали быстрая, но полноценная амбулаторная подготовка с госпитализацией в день операции (fast-track), поэтапный гемостаз, грамотное ведение постдекомпрессионной гипотензии и, конечно, **принципиальная позиция врача-хирурга** — сохранить матку, если это возможно. Через 2 мес после операции отмечены главные результаты вмешательства: женщина, которая **впервые за многие месяцы почувствовала себя здоровой**, с нормальными размерами матки и восстановлением уровня гемоглобина. **SP**

Библиографию см. на с. 80–86.

Всё, что нужно знать о **взаимодействии человека с микромиром** в контексте здоровья и болезни, с вниманием к деталям и тщательностью собрано под обложкой книги «Биоценоз влагалища. Норма. Нарушения. Восстановление». Дополнительный тираж — это своего рода индикатор популярности и востребованности издания. И эта книга — не исключение. Логично, понятно, с большим профессионализмом и исключительным знанием тематики не только в научном разрезе, но и в многолетней практике авторы книги **говорят о роли микробиома в организме, способах его поддержки и мерах спасения** в критических ситуациях.

БИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА. НОРМА. НАРУШЕНИЯ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ

НОВИНКА!

Под ред.
В.Е. Радзинского,
А.М. Савичевой



praesens.ru
+7 (901) 723 2273

ЗОЖ: СИСТЕМНЫЙ ПУТЬ К ЗДОРОВЬЮ И ДОЛГОЛЕТИЮ

РЕКОМЕНДАЦИИ МИНЗДРАВА ПО КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ*



ПИТАНИЕ

Режим

- Завтракайте в течение часа после пробуждения
- Завтрак — самый плотный приём пищи
- Последний приём пищи за 3 ч до сна
- Между приёмами пищи соблюдайте промежуток 4–5 ч
- Избегайте перекусов

Рацион

Энергетическая ценность рациона должна быть равна энергозатратам организма.

- Некрахмалистые овощи — минимум 400 г в день, в каждом приёме пищи
- Капуста (брокколи, брюссельская, белокочанная) — 3–4 раза в неделю
- Чечевица, нут, фасоль — 2–3 раза в неделю по 150–200 г за приём
- Жирная рыба (сёмга, скумбрия) — 2–3 раза в неделю по 150 г за приём
- Орехи (кешью, миндаль) — 30 г в день (горсть)
- Ягоды — 100–150 г в день
- Животный белок: морская рыба, птица — ежедневно; говядина, постная свинина — умеренно, 1 раз в неделю
- Квашеная капуста, кефир, кимчи — 150–200 г каждый день
- Петрушка, укроп, кинза, базилик, куркума, имбирь, чеснок — ежедневно

Ограничить

- Соль
- Сладости и выпечку
- Наваристые мясные бульоны
- Полуфабрикаты, колбасы, готовые соусы
- Сладкие напитки, пакетированные соки

ДВИЖЕНИЕ

- Ходьба не менее 7000 шагов в день (30–50 мин)
- Вставайте и прохаживайтесь каждый час при сидячей работе
- Силовые тренировки на все группы мышц: 2–3 раза в неделю (при отсутствии противопоказаний)
- Аэробные тренировки: 150 мин в неделю (плавание / велосипед, быстрая ходьба)
- Используйте лестницы вместо лифта
- Высокоинтенсивный интервальный тренинг: 1–2 раза в неделю (при отсутствии противопоказаний)
- Растяжка и равновесие: 10–15 мин ежедневно (планка, йога)

АНТИСТРЕСС

- Вечерняя прогулка 20 мин
- Периодические путешествия в новые места
- Изучение нового навыка или языка
- 10–15 мин медитации / дыхательных упражнений утром
- 5-минутная дыхательная практика (вдох 4 сек, задержка 7 сек, выдох 8 сек)

СОН

- Оптимальная продолжительность 7–9 ч (ложитесь и вставайте в одно и то же время)
- Полная темнота в спальне
- Температура в помещении 18–20 °C
- Избегайте влияния экранов за 1–2 ч до сна
- Не употребляйте кофеин после 14.00, а алкоголь за 3 ч до сна

ВОДНЫЙ БАЛАНС

30 мл на 1 кг веса

- 1 стакан воды комнатной температуры или слегка тёплой сразу после пробуждения
- За 20–30 мин до еды: 100–150 мл воды
- Каждый час: 2–3 глотка воды



ВЫВОД:

В России понятие «медицина здорового долголетия» обретает всё **более реальные черты**. Врачи всех специальностей могут рекомендовать эти простые правила и помочь пациентам преобразовать их в систему. Предложите женщине воспользоваться этой подсказкой, пусть она **всегда будет под рукой**. Даже два-три реализованных пункта из каждой категории станут хорошим стартом.



* 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 РФ 16.04.2026 №ТГ-П12-13232). — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_533697/56ea5a13ccf7849d9edb5c6e8c70947c0270f6eb/.