

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#5 [101] 10 / 2023 / StatusPraesens

тема
№

Репродуктивное «завтра» начинается сегодня



Переключка перинатальных центров — равнение на лучших! • Patient education, он же санпросвет, — учимся учить пациентов • Резистентность возбудителей ИППП к антибиотикам растёт с катастрофической быстротой! • Ожирение — неизменный провокатор эндокринных и репродуктивных нарушений — практически у трети россиянок • Клинический случай изолированного отёка вульвы как проявление презклампсии



Уважаемые коллеги!

Сегодня перед нашей службой стоит несколько **серьёзных проблем**. Первая из них — **подготовка врачей**. Сейчас в медицинских вузах изучение акушерства и гинекологии по программе заканчивают на V курсе. Далее ни на VI курсе, ни в итоговой аттестации этому направлению не уделяют внимания. В результате выпускники за 2 года ординатуры **не успевают** приобрести знания, навыки и умения, которые бы позволили **полноценно самостоятельно работать**. Поскольку многие бывшие студенты медицинских вузов получают специальность по целевому направлению и после завершения ординатуры обязаны приступить к соответствующей трудовой деятельности, следует включать в программу подготовки будущих врачей циклы по акушерству и гинекологии и на VI курсе.

Вторая серьёзная проблема — **взаимоотношения больниц и кафедр**. Сегодня их коммуникация зависит от симпатии (или антипатии) главного врача. В результате студенты иногда лишены даже возможности курировать больных, не могут присутствовать на операциях и ассистировать даже при простейших манипуляциях. Надлежит вернуться к **возрождению университетских клиник** в полном смысле этого слова, когда сотрудники кафедр были полноценными и законными сотрудниками клиник, а работники больниц несли определённую ответственность за учебный процесс.

И ещё чрезвычайно важный вопрос — **внедрение клинических рекомендаций**. По данным нашего фонда ОМС, который выполнил проверку в преддверии вступления в силу приказа об обязательном соблюдении протоколов, их положениям следуют лишь **5Ф—6Ф% врачей**.

Некоторым положениям клинических рекомендаций присвоен **уровень убедительности С**, и врачи их не исполняют. Именно поэтому целесообразно к каждому протоколу создавать алгоритмы действий. Чёткое визуальное представление информации повысит **«градус обязательности»**, и большее количество специалистов будут следовать предписаниям.

Кроме того, в протоколах есть **заведомо неисполнимые положения**. В частности, гайдлайн по послеродовым кровотечениям при отсутствии эффекта от утеротонической терапии окситоцином рекомендует внутривенное введение раствора метилэргометрина, однако последний отсутствует в родильных отделениях. Как быть врачу? Этим же документом предписана интраоперационная аппаратная реинфузия крови, но для неё в настоящее время **нет расходных материалов** — и это **повод для санкций** в отношении ЛПУ!

Проблем, стоящих перед нами, много, и большинство из них требуют **срочного решения**.

Засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Пермского государственного медицинского университета им. Е.А. Варнера **М.М. Падруль**

Status

гинекология акушерство

5 [101] 10 / 2023 / 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, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liu.ru)
Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов
Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская
Ответственный секретарь редакции: Полина Геннадьевна Плешкова
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, Виктория Москвичёва, Анна Жукова, Ольга Быкова, Мила Мартынова
Препресс-директор: Нелли Демкова
Художественный директор: Лина Тавдугмадзе
Арт-директор: Латип Латипов
Руководитель группы вёрстки: Юлия Куточкина
Выпускающие редакторы: Марина Осипова, Ирина Соколенко
Инфографика и дизайн: Юлия Крестьянинова, Елена Шibaева, Ирина Великанова
Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская
Руководитель отдела продаж: Галина Нестерова (gn@praesens.ru)
Руководитель отдела продвижения издательских проектов: Ирина Громова (ig@praesens.ru)

Учредитель журнала ООО «Статус презенс» (105082, Москва, (Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, (Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 27 октября 2023 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, (Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в ООО ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №28432. 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. Фото на обложке: © fizkes / Essentials / iStock. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock.

© ООО «Статус презенс»
© ООО «Медиабюро Статус презенс»
© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007

raesen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Рагзинский Виктор Евсеевич

засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
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)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Коноплянников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Куценко Ирина Георгиевна (Томск)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Манухин Игорь Борисович (Москва)

Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (Москва)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пашов Александр Иванович (Калининград)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)
Попандопуло Виктория Александровна (Краснодар)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)
Самойлова Алла Владимировна (Москва)
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Толибова Гулрухсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Филиппов Олег Семёнович (Москва)
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

Слепящие вспышки дальнего света

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
об опыте прошлого, понимании настоящего и целях будущего

14

НОВОСТИ

17

МЕДПОЛИТ

Нас уже 55!

Итоги переключки перинатальных центров РФ за 2022 год
Костин И.Н.



Зачем нужна сочинская переключка и почему она стабильно собирает полный зал? Для постоянных посетителей этого мероприятия ответ очевиден: именно здесь каждый руководитель может не только рассказать об успехах работы своей организации, но и открыто обсудить проблемы с другими участниками, которые не понаслышке знают, как всё происходит в действительности. К переключке готовятся, её с нетерпением ждут.

23

ШКОЛА
ЮРИДИЧЕСКОЙ
САМООБОРОНЫ

«Нет оснований не доверять...»

Интервью с директором Института судебной медицины и патологии
О.В. Весёлкиной
Иванов А.В.

«Экспертиза — царица доказательств» — так называлось интервью заместителя директора Судебно-экспертного центра Следственного комитета РФ М.А. Игнашкина (2021). Яркий слоган тут же подхватили, но ещё в XV веке место *regina probationum* было отведено признанию вины, а вполне подходящим инструментом, чтобы его добиться, считались пытки. Современное российское законодательство говорит о прямо противоположном... Тем не менее при чтении материалов «врачебных» дел трудно отделаться от мысли, что результаты судебно-медицинской экспертизы играют совершенно особую роль.

29

ПЕХТ-ПРОСВЕТ

В интересах молодых

Подбираем оптимальный контрацептив
Оразов М.Р., Долгов Е.Д.

Одним из непростых вопросов, с которым сталкивается акушер-гинеколог в своей повседневной практике, остаётся выбор метода контрацепции. Почему так происходит? Несмотря на стремительное развитие медицинской науки в XXI веке, большая часть населения планеты по-прежнему не пользуется плодами прогресса. Недооценка важности собственного здоровья и непросвещённость приводят миллионы женщин к многолетней приверженности методам с низкой контрацептивной эффективностью.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

43

РАБОТА НАД
ОШИБКАМИ

У подножия горы

Дефицит витамина D и его влияние на женское здоровье

Хамошина М.Б., Рамазанова Ф.У., Тулупова М.С., Мартынова М.А.

Прогресс в изучении витамина D достиг небывалых высот. На контрасте с этим научным успехом по-прежнему сохраняется удручающая ситуация с его недостаточностью и дефицитом среди россиян обоего пола. Подобная нехватка «не щадит» никого, хотя особо уязвимы пациентки с эндокринными расстройствами, а также планирующие беременность. Итогом недооценки значения роли D-гормона для здоровья женщин репродуктивного возраста может стать повышение вероятности преэклампсии, репродуктивных потерь, плацентарных нарушений, преждевременных родов.

49

ДИСКУССИОННЫЙ
КЛУБ



Расширяя горизонты

Настоящее и будущее протеолитических ферментов

(по материалам выступлений проф. Е.В. Ших, проф. А.А. Хрянина, проф. И.М. Оргиянц, проф. Л.Ю. Карахалис)

Жукова А.И.

Фармакологические препараты на основе протеолитических ферментов были созданы в конце 50-х годов прошлого столетия и совершили революцию в лечении гнойных ран в хирургии. В гинекологической практике наибольшую известность получила лидаза, назначаемая в целях преодоления трубно-перитонеального бесплодия. Акушеры-гинекологи использовали это средство при очищении гнойных ран для повторного наложения швов или при заживлении вторичным натяжением. Впрочем, с тех пор протеолитические ферменты вошли в состав более совершенных препаратов и спектр их применения существенно расширился.

56

КАК ЭТО БЫЛО

«Сочинские контраверсии». P.S.

XVII Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». Как это было?

61

CONTRA-VERSION

Нужна ли золоту позолота?

Оригинальный КОК или оженерик: основы рационального выбора

Раевская О.А., Дьяконов С.А., Москвичёва В.С.

Несмотря на оживлённые дискуссии по поводу возможного/реального дефицита на фармакологическом рынке, в аптеках нашей страны представлено огромное количество лекарственных средств, как отечественных, так и зарубежных. Одно действующее вещество может быть выпущено в линейках разных производителей. Как правило, так и происходит. Обычно пациентки приходят к фармацевту или провизору с рецептом, в котором указано МНН. Таким образом, окончательный выбор может быть сделан именно работником аптеки. Или, услышав перечень медикаментов, женщина предположит тот, что «на слуху».



MARCS

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

10
ЛЕТ

Интеллектуальная элита репродуктивной медицины



mars-repro.ru



info@mars-repro.ru



spnavigator



67 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ

Плоды науки

Гравидарная диетология: что должен включать рацион беременных?
(По материалам выступлений проф. А.В. Соловьёвой, проф. И.М. Ордиянц,
проф. Е.В. Ших)

Москвичёва В.С.

Здоровье человека определяют три основные составляющие: гены, образ жизни и окружающая среда. Возможности в отношении вмешательств в генетику пока ограничены, а влияние окружающей среды сложно обернуть себе на пользу. Следовательно, пристальное внимание следует уделять образу жизни. Между тем в течение первых 1000 дней после зачатия происходит программирование здоровья. От этого периода зависит, как будет протекать дальнейшая жизнь, с какими заболеваниями придётся бороться во взрослом возрасте и насколько активной будет старость.

73 ИНФОРМАЦИОННОЕ ОПЫЛЕНИЕ

SMART-памятки: пациентки хотят знать

Массовое медицинское просвещение через врачей —
настоятельное требование времени

Маклецова С.А.

Patient education. Этот непере译имый корректно на русский язык раздел есть в любом медицинском руководстве от приличного англоязычного издательства. Там, где у нас после «Реабилитация» и «Прогноз» сияет брешью чистый лист, в англоязычных учебниках — «Информация для пациентов/Пациентское образование». Воспитанный многомиллионными судебными исками «капиталистический» мир давно разобрался — без качественного информирования пациента сложно хорошо выполнять свою работу. И результаты хуже, и исков больше.

79 CASUISTICA

Редко — не значит никогда

Клинический случай изолированного отёка вульвы как проявление
преэклампсии

Демьянова К.А., Козловская Н.Л., Апресян С.В., Усатенко Г.В., Козлова Ю.С.,
Бондаренко Т.В., Алексеева Е.В., Черогаева А.Г., Коротчаева Ю.В., Габриелян А.Р.

У любого заболевания есть основные симптомы и критерии диагностики. Однако в клиническом течении той или иной болезни могут встречаться нехарактерные проявления. Редкие и необычные признаки вызывают сомнения в выдвинутой гипотезе, расширяют диагностический поиск, часто путают врача и «сбивают с пути истинного». Постановка диагноза затягивается, лечение не приносит должного эффекта. Описанный в статье случай ранней преэклампсии, манифестировавшей изолированным отёком вульвы, служит ярким тому примером.

84 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

слепящие вспышки дальнего света

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский
об опыте прошлого, понимании настоящего и целях будущего



Главный редактор
член-корр. РАН, проф. Виктор Радзинский

Лучший способ подготовиться к завтрашнему дню — сконцентрироваться всем своим умом и энтузиазмом на том, чтобы как можно лучше «выполнить сегодняшнюю работу — сегодня». Так считал известный многим «продавец счастья», американский оратор-мотиватор и педагог Дейл Карнеги.

Применим этот тезис и для врачей. Самый яркий пример — работа акушерско-гинекологического сообщества. Именно от нашего профессионализма, реализованного «здесь и сейчас», зависит будущее страны, в частности репродуктивное.

Что мы видим сегодня? В поисках ресурсов улучшения демографической ситуации и повышения катастрофически низкой рождаемости натуральному остракизму пытаются подвергнуть аборты. К слову, бременеть не спешат не только россиянки. Тренд на малолетность — глобальная проблема, требующая комплексного решения и взвешенного подхода.

Идея значимо сократить количество искусственных прерываний беременности может показаться весьма привлекательной ввиду своей очевидности и предполагаемой прямолинейности эффекта. Поскольку речь уже идёт о депопуляции и, соответственно, реальной угрозе национального масштаба, бездействие недопустимо.

Так, неопытный водитель, ослеплённый дальним светом встречного автомобиля, инстинктивно пытается резко выкрутить руль, чтобы избежать столкновения. Именно это первое и самое простое, интуитивное решение часто становится причиной драматичных исходов. Гораздо сложнее взять себя в руки, снизить скорость, оценить реальное положение вещей и действовать обдуманно, а главное, безопасно для себя и окружающих. Куда же нам предлагают «свернуть»?

Безусловно, аборты — зло, с которым мы все боремся и должны бороться. Однако, как показывает опыт, и наш собственный, и наших предшественников, и зарубежных коллег, часто запреты малоэффективны и даже вредны.

Противодействие, направленное на медикаментозные аборты, может обернуться настоящей катастрофой. Разработанный в качестве альтернативы бездумному кюретажу «менструальный аборт» (так он назывался в начале 70-х годов XX века) был придуман как средство «безопасного» регулирования рождаемости. Нет! Он «менее опасен», поэтому и нежеланную беременность следует прерывать исключительно медикаментозно. Вот это будет реальным сохранением репродуктивного потенциала. Основные преимущества — 99,5% эффективности без тяжёлых последствий, без «перескакивания» слизистой оболочки матки, без септических осложнений, травматизации матки и смежных органов.

Препараты для прерывания беременности приобретают исключительно медицинские учреждения. Пациенткам их в принципе не продают. Именно поэтому запрещать покупку этих лекарственных средств без рецептов или разрешать только по рецептам строгой отчётности не имеет никакого смысла. В то же время усиление контроля за приобретающими их клиниками — вполне здравая идея. Но контролировать это должны правоохранительные органы, а не врачи!

Ещё один важный вопрос на злобу дня: имеет ли смысл лишение частных клиник возможности выполнения прерываний нежеланных беременностей? Сторонники этого подхода считают, что коммерческие организации не соблюдают «времен тишины», предписанного нормативными актами. Кроме того, они не подают отчётности, а значит, оценить истинную частоту аборт невозможно. Опять решение проблемы не в запрете, а в учёте и отчётности, то есть в работе контролирующих органов с реальным наказанием виновных: «нож может резать хлеб, но им же можно зарезать человека» — не запрещать же ножи! Мысль о том, что можно отговорить женщину от аборта, слишком самонадеянна. Да, это возможно. По нашему опыту, успех составляет около 16%. Цифры спорные, истинных показателей никто не знает. Реальное положение вещей скрывают и те, кто выполняет прерывания, и те, кто за ними обращается. Не секрет, что именно анонимность и лояльность к пациенткам в состоянии репродуктивного выбора (любого!) приводят женщин на порог частных медицинских организаций.

Федерального законопроекта о запрете абортов в частных клиниках пока нет, однако в СМИ уже появились новости о его подготовке. В 2023 году некоторые коммерческие организации в ряде регионов страны «самостоятельно» отказались от выполнения этого вида услуг, другие же призвали остановить инициативу. Подобная дихотомия характерна не только для регионов и отдельных клиник, но и для медицинского сообщества в целом.

И несколько слов о статистике: что и зачем мы хотим собирать? В нашей стране на протяжении трёх последних десятилетий сохраняется устойчивая тенденция к снижению количества абортов. Прерываний гестаций по же-

ланию женщины в РФ при всех искажениях статистики реально стало меньше: в 1987 году (Всемирный конгресс в Алма-Ате) на одни роды приходилось 2,8 аборта; в 2021-м — один аборт на трое родов! Однако противники абортов предпочитают эти цифры игнорировать; их цель — не декларируемое увеличение рождаемости (грамотные демографы уже рассчитали, что даже запрет искусственных абортов даст дополнительно менее 100 тыс. детей — это никак не преодоление низкой рождаемости), а идеология. Её нужно уважать, но не подвергая при этом женщин риску материнской смертности из-за подпольных абортов и их последствий. Об этом дважды говорил президент (на ежегодной встрече с народом и недавно на пленарном заседании Общественной палаты): слишком велики и трагичны потери среди рискнувших прервать беременность криминальным аборт. Наша страна имеет уникальный опыт запрета абортов с 1936 по 1955 год — рождаемость не повышалась, а молодые женщины погибали (В.В. Путин, 2023).

[В России на протяжении трёх последних десятилетий сохраняется устойчивая тенденция к снижению количества абортов. В 1987 году на одни роды приходилось 2,8 аборта; в 2021-м — один аборт на трое родов!]

Между тем большинство абортов в частных клиниках выполняют медикаментозно. После них фертильность восстанавливается уже в следующем цикле. Именно поэтому если что и нужно запрещать, так это кюретку, доказанно подрывающую репродуктивный потенциал.

Никоим образом врачи в целом, как это трактуется сейчас, за рождаемость не отвечают. Что же остаётся? Думаю, следует обратить пристальное внимание на повышение ответственности каждого гражданина страны в отношении собственного здоровья, медицинской грамотности, возвращение контрацептивного, а не проабортного менталитета.

Кроме того, каждый акушер-гинеколог, качественно выполняющий свои пря-

мые обязанности, следующий стандартам помощи и клиническим рекомендациям, участвует в построении фундамента репродуктивного завтра страны. Не имеет значения, в частной или государственной клинике работает доктор, принимает он роды или ведёт гинекологических больных, вклад каждого значим в равной степени.

Даже на профилактических осмотрах нужно быть начеку. И задача не только в том, чтобы диагностировать «молчащие» нарушения. Выявить женщину, которую пока ничего не беспокоит, — огромная удача для акушера-гинеколога, следующего основополагающему принципу современной медицины — предиктивности.

Обязательный вопрос, который следует задавать женщине репродуктивного возраста независимо от наличия или отсутствия у неё жалоб и выявленных в результате осмотра нарушений, — планируете ли вы в течение ближайше-

го года беременность? И если ответ положительный, самое время открыть обновлённый клинический протокол МАРС по преграavidарной подготовке (версия 3.0). Позволю себе процитировать одно из его неизменных положений.

«Пропаганда планирования беременности и подготовки к ней — обязанность каждого медработника, направленная на реализацию прав на охрану здоровья и медицинскую помощь, государственную поддержку семьи, материнства и детства».

Уверен, что разъяснения важности подготовки пары к зачатию — и женщины, и мужчины — не нужны. Даже в отношении молодых (по современным меркам!) пациентов требуется настоятельность. Современный образ жизни, генетическая предрасположенность к заболеваниям, многочисленные факторы риска патологических состояний мо-

2023



КОДЕКС ВРАЧА, НАЗНАЧАЮЩЕГО АНТИБИОТИК, v. 3.0

12 правил в акушерско-гинекологической практике

Я, ПРОГРЕССИВНЫЙ РОССИЙСКИЙ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, ПЕРЕД ЛИЦОМ СВОИХ ТОВАРИЩЕЙ И КОЛЛЕГ ТОРЖЕСТВЕННО ОБЕЩАЮ:

■ ОБЩЕЕ

- Если я могу не назначить антибиотик — я не назначу его.
- Я назначаю антибиотик только по показаниям и в случае крайней необходимости.
- Я избегаю abortивных курсов антибиотикотерапии — коротких и недостаточных по дозам.
- Для эмпирической терапии я выберу антибиотик, губительный только для наиболее распространённых возбудителей, ориентируясь на актуальные литературные данные о возможной резистентности.
- При назначении эмпирической терапии я выполняю диагностический поиск для идентификации возбудителя и скорректирую лечение после получения результатов исследований.
- Рекомендую антибиотик, я всегда тщательно собираю данные об аллергических реакциях в анамнезе.

■ КЛИНИЧЕСКОЕ

- Я предпочитаю местное применение системному в случае вагинальной инфекции.
- Я забочусь о восстановлении вагинального и клинического нормоценоза после курса антимикробной терапии.
- Я не назначаю антибиотик при вирусных инфекциях для профилактики бактериального осложнения.
- Я не лечу антибиотиками хронические ВЗОМТ вне обострения. Тазовую боль я не приравниваю к обострению ВЗОМТ.

■ РАБОТА С ПАЦИЕНТАМИ

- Я объясняю пациентке, почему она должна неукоснительно пройти предписанный курс лечения.
- Я запрещаю пациенткам покупать антибиотик без назначения врача и объясняю почему.

Я полностью осознаю, что неполные курсы антибиотиков (как по длительности, так и по дозировке) приближают крах эры антибактериальной терапии и толкают человечество в доантибиотиковую эпоху, когда смертность от родильной горячки достигала 20–25%.

**Я ОБЕЩАЮ РАСПРОСТРАНЯТЬ
ЭТОТ КОДЕКС СРЕДИ СВОИХ КОЛЛЕГ!**

**АНТИБИОТИКИ
ТОЛЬКО ПО РЕЦЕПТУ!**



Разработан при подготовке VIII Общероссийской конференции «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии» 26–28 октября 2023 года.

гут реализоваться в любой момент, особенно если организм станет уязвим и совершенно не готов к повышенным нагрузкам. Именно поэтому **беременность должна быть запланированной**.



Демографическая ситуация и прогнозы экспертов говорят о том, что большинство небеременных, обратившихся к акушеру-гинекологу, на вопрос о желании реализовать репродуктивный потенциал ответят отрицательно. Эти женщины нуждаются в грамотном **контрацептивном консультировании**.

Что важно учесть? Подобрать надёжный метод, исключив противопоказания, — даже не половина дела. Если выбор пациентки и рекомендации врача сошлись, нужно понять, готова ли женщина строго следовать инструкции.

[«Лечение анализов», а не клинически значимой инфекции наряду с использованием неадекватных курсов противомикробной терапии толкает человечество в доантибиотиковую эпоху.]

Если в анамнезе был негативный опыт использования какого-либо метода, следует уточнить, что именно **пошло не так**. Совершенно не обязательно отказываться от него. Если речь идёт о комбинированных гормональных контрацептивах, не будет лишним упомянуть их дополнительные **неконтрацептивные преимущества**, грамотно **развенчать страхи и мифы**, окружающие КОК.

Поскольку использование КОК, как правило, длительное, важно учитывать **доступность** препарата. Это касается и материальной составляющей, и наличия выбранного средства **в аптеке**. О том, как, когда и следует ли вообще рекомендовать пациенткам обратить внимание на дженерики, читайте в статье текущего выпуска «Нужна ли золотая позолота?».



Помимо смещения приоритета современных женщин от создания семьи к самореализации (о котором мы слышим с самых высоких трибун), немалую лепту

в снижение рождаемости вносят **репродуктивные нарушения**. Сегодня мы наблюдаем беспрецедентную распространённость **бесплодия**. Печально осознавать, что часть пациенток, которые с ним столкнулись, могли его избежать, если бы в период **«свободного полёта»** — от начала половой жизни до планирования беременности (16—18 и почти 30 лет) — относились к своему здоровью более осознанно и бережно. В частности, спаянная болезнь и трубно-перитонеальный фактор нередко выступают следствием ранее перенесённых воспалительных заболеваний органов малого таза. К возбудителям последних относятся и инфекции, передаваемые половым путём (ИППП).

Медицинское сообщество особенно беспокоит **растущая антибиотикорезистентность** возбудителей ИППП. Нужно признать, что в этом есть и наша

вина. Сложно устоять перед соблазном подстраховать себя и не назначить противомикробный препарат в таких ситуациях, как бессимптомная бактериурия, изолированная лейкоцитурия, постоперационная антибиотикопрофилактика, не говоря уже о бессмысленной «санации». Однако именно «лечение анализов», а не клинически значимой инфекции наряду с использованием неадекватных курсов противомикробной терапии приближает **крах эры антибиотиков** и толкает человечество в **доантибиотиковую эпоху**, когда смертность от родильной горячки достигала 20—25% (см. «Кодекс врача, назначающего антибиотик»).

Подробнее о том, что может сделать каждый акушер-гинеколог, чтобы отсрочить катастрофу, читайте в статье «Расширяя горизонты».



Если на приёме беременная молодая девушка без отягощённого анамнеза, с желанной и планируемой гестацией

(согласитесь, практически фантастика) — тактика, казалось бы, **стандартизирована**. В клинических рекомендациях «Нормальная беременность» чётко прописано, что выполнить непосредственно в кабинете, на какие анализы направить, какие рекомендации дать. Могут ли тут быть нюансы? Ещё какие!

Независимо от паритета **гестация всегда волнительна** для женщины. Отсюда и множество вопросов, которые она хотела бы обсудить с врачом. К сожалению, невозможно даже озвучить, не то что разобрать все страхи и переживания в рамках одного приёма. Однако хотя бы некоторые темы следует осветить подробнее, чем того требуют рамки клинических рекомендаций.

Особенно часто будущих матерей интересует тема питания. Найти достоверную информацию человеку без медицинского образования самостоятельно не так просто. Уже больно много опубликовано лженаучных и недостоверных материалов. А если к этому добавить советы «тётушек и кумушек»... Истину отыскать практически нереально. Именно поэтому в помощь врачу **SP** совместно с экспертами **МАРС** разрабатывает **памятки для пациенток**. Если всё же на приёме беременная успевает задать интересующие её вопросы об изменении образа жизни, доктор должен точно знать, что на них ответить. Современный взгляд на гравидарную диететику представлен в публикации «Плоды науки» текущего выпуска.



При консультировании беременных нужно разъяснять важность соблюдения рекомендаций, особенно пациенткам **групп риска**. Например, гипертензивные состояния во время гестации продолжают оставаться одной из ведущих причин **per ar miss**. И это несмотря на разработанный скрининг и методы профилактики преэклампсии. Вот тут, судя по всему, **предиктивность и навыки убеждения** пока недостаточны. Что уж говорить о нетипичных проявлениях преэклампсии, заставляющих сомневаться и в диагнозе, и в тактике ведения. Клинический случай изолированного отёка вульвы как проявления этого грозного осложнения беременности описан в статье «Редко — не значит никогда».



Следуя народной мудрости, учиться лучше на чужих ошибках. Именно поэтому разбор **клинических ситуаций**, в том числе **казуистических**, — важная составляющая медицинского образовательного контента. Как показывает опыт ежегодной **переключки перинатальных центров** под эгидой МАРС, успехи коллег, всесторонний анализ, сравнение себя с другими не менее полезны. В рамках XVII «Сочинских контраверсий» уже в 9-й раз руководители учреждений родовспоможения **поделились результатами работы своих организаций, обсудили проблемы**, о которых знают не понаслышке. И таких смельчаков было уже 55!

Интерес к сочинской переключке с каждым годом растёт. И, весьма вероятно, так происходит потому, что по духу мероприятие можно сравнить вовсе не с ушатом холодной воды, а скорее с родником в жаркой пустыне. Это возможность **совместно с коллегами проанализировать основные болевые точки, найти эффективные решения для оптимизации акушерских и перинатальных исходов в доверительном кругу единомышленников**.



XVII «Сочинские контраверсии» прошли с ошеломляющим успехом. В этом году на площадке Общероссийского семинара **«Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»** очно зарегистрировались **3586 человека**, онлайн — **3144**, прозвучало почти 800 докладов. В научной программе, составленной на основании запросов делегатов прошлых лет и охватывающей абсолютно все аспекты работы акушерско-гинекологической службы, были освещены и фундаментальные проблемы, и **сугубо прикладные способы их разрешения** (если таковые возможны). Не обошлось без привлечения смежных специалистов, включая дерматовенерологов, клинических фармакологов, онкологов, хи-

[Переключка перинатальных центров под эгидой МАРС — возможность совместно с коллегами проанализировать болевые точки, найти эффективные решения для оптимизации акушерских и перинатальных исходов.]

рургов, патоморфологов, психологов, врачей ультразвуковой диагностики и, конечно же, педиатров и неонатологов. Самое масштабное профессиональное мероприятие в сфере акушерства и гинекологии традиционно посетили **организаторы здравоохранения**. Были озвучены основные новации в сфере законодательства, разобраны **проблемы нормативно-правовой базы**, которые предстоит устранить.



«Сочинские контраверсии» уже давно нельзя назвать исключительно образовательным семинаром. Это полноценное **социокультурное мероприятие**. Четыре насыщенных дня пролетели незаметно, при этом оставили о себе память на долгие годы. Одним из наиболее волнующих и торжественных моментов стало награждение врачей и коллективов, чья работа, по мнению попечительского совета, за прошедший (и не только!) год должна быть отмечена в рамках **XI Национальной премии «Репродуктивное завтра России»**.

Уже в 4-й раз мы провели внепрограммное заседание **«Говорят дети врачей»**, предоставляющее возможность ребятам разных возрастов рассказать о своих родителях, посвятивших жизнь медицине. Эта секция служит подтверждением лозунга, который каждый может увидеть на обложке SP: **«Акушер-гинеколог — врач и человеку»**.

Ещё одна важная составляющая семинара — специализированная выставка **«Главврач XXI века»**. На экспозиции были собраны ведущие производители и дистрибьюторы продукции в сегменте женского и детского здоро-

вья, представлены новинки и уже полюбившиеся продукты. Все вопросы делегаты могли задавать напрямую, получая ответы в режиме реального времени.



«Иные врачи двадцать лет кряду делают **одни и те же ошибки** и называют это клиническим опытом». Хочется верить, что эта цитата однажды перестанет быть актуальной. Главное — осознание, что догма есть тупик познания. И знание вовсе не обязательно соответствует истине.

Современным специалистам доступны беспрецедентные ресурсы информации, переработанной и представленной в регламентах, клинических рекомендациях и стандартах. Диагностическое оборудование и фармакологическое обеспечение практически обогнали самые смелые представления фантастов. Порой столь **мощное подспорье** расхолаживает, что вкупе с многочисленными рутинными, не всегда требующими «интеллектуального пособия» задачами усыпляет бдительность и губит весь накопленный опыт.

Всё чаще сегодня можно услышать идею о том, что **искусственный интеллект** вот-вот лишит врачей работы. Возможно ли это? Конечно, но лишь в том случае, если мы перестанем **развивать клиническое и критическое мышление**, учиться смотреть на поставленные задачи под разными углами, делать собственные независимые выводы. Вот почему мы призываем коллег к дискуссиям в **формате контраверсий**. Они позволяют высказывать самые смелые предположения, ставить под сомнение то, что ранее казалось непреложной истиной, критиковать и аргументировать, следовательно, находить ответы на сложные и кажущиеся нерешаемыми вопросы. **SP**

[Дискуссии в формате контраверсий позволяют высказывать самые смелые предположения, ставить под сомнение то, что ранее казалось непреложной истиной, находить ответы на кажущиеся нерешаемыми вопросы.]

нас уже 55!

Итоги переключки перинатальных центров РФ за 2022 год



Автор: Игорь Николаевич Костин, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы [Москва]

Сентябрь, семинар для специалистов репродуктивной медицины в Сочи, **переключка перинатальных центров** (ПЦ). Для руководителей учреждений родовспоможения эти события традиционно стоят в одном ряду. В этом году в рамках XVII «Сочинских контраверсий» переключка прошла **уже в девятый раз**. Серьёзность и практическая значимость этого мероприятия давно не вызывает ни у кого сомнений. Напротив, интерес к нему год от года только растёт.

Зачем нужна сочинская переключка и почему она стабильно собирает полный зал? Для постоянных посетителей этого мероприятия ответ очевиден: именно здесь каждый руководитель может не только **рассказать об успехах** работы своей организации, но и открыто **обсудить проблемы** с другими участниками, которые не понаслышке знают, как всё происходит в действительности. К переключке готовятся, её с нетерпением ждут. Однако это не экзамен, который можно не сдать или получить плохую оценку, и не соревнование, где обязательно должен быть победитель. Это возможность **совместно** с коллегами проанализировать основные болевые точки, **найти эффективные решения** для оптимизации акушерских и перинатальных исходов и **снизить риски** неблагоприятных событий.

Всё больше и больше

Первая переключка ПЦ состоялась в **2014 году**, и выборка была совсем небольшой — заявки тогда подали **всего пять ПЦ**. В дальнейшем количество организаций-участниц неуклонно росло,

всё больше руководителей хотели поделиться с коллегами результатами своей работы. В этом году в переключке приняли участие **55 медицинских организаций** — в **11 раз (!) больше** по сравнению с самой первой. Это ли не подтверждение высокого интереса специалистов к мероприятию и его практической значимости?

Однако здесь важны не столько цифры, сколько возможность **перенять успешный опыт** организации акушерской помощи, что позволит усовершенствовать работу как отдельных учреждений родовспоможения региона, так и всей службы страны.

В этот раз заслуженное признание и специальные призы получили руководители четырёх областных и четырёх городских ПЦ, продемонстрировавших лучшие результаты работы.

Областные ПЦ.

- I место — Нижневартковский окружной клинический перинатальный центр (Нижневартовск, 71 балл).
- II место — Владимирский областной перинатальный центр (Владимир, 70 баллов).
- III место — Алтайский краевой клинический перинатальный центр

[Переключка перинатальных центров позволяет проанализировать болевые точки, найти эффективные решения для оптимизации акушерских и перинатальных исходов, снизить риски неблагоприятных событий.]

[Количество организаций-участниц неуклонно росло, всё больше руководителей хотели поделиться результатами своей работы. В этом году в переключке приняли участие 55 медицинских организаций.]

«Дар» (Барнаул, 66 баллов) и Якутская республиканская клиническая больница (Якутск, 66 баллов).

Городские ПЦ.

• I место — Екатеринбургский клинический перинатальный центр (Екатеринбург, 72 балла).

• II место — Иркутский городской перинатальный центр (Иркутск, 71 балл).

• III место — перинатальный центр Саратовской городской клинической больницы №8 (Саратов, 70 баллов) и Наро-Фоминский перинатальный центр (Наро-Фоминск, 70 баллов).

Ежегодно география и состав участников переключки расширяются. В этом году мероприятие включило 43 региона РФ. Отрадно видеть, что многие учреждения уже не в первый раз принимают участие в мероприятии, а некоторые и вовсе не пропустили ни одного раза. Так, неизменно с первой переключки и по сей день свои данные уже в девятый раз представили коллеги из Томска, Тюмени, Кургана и Кирова. Появились и новички — впервые заявки подали Владимир, Ижевск, Наро-Фоминск, Нижневартовск, Псков, Тамбов и даже представитель новых территорий Донецк.

Как всё устроено

Переключка перинатальных центров — большой и сложный проект, требующий серьёзной подготовки и немалых временных затрат.

На первом этапе организаторы собирают информацию, запрашивая её у руководителей ПЦ в регионах страны. В специальную анкету входят вопросы о работе системы родовспоможения в регионе, деятельности ПЦ, особенностях маршрутизации беременных и многие другие.

Собранные ответы анализируют по специально разработанной шкале. Каждому полученному показателю и вновь

рассчитанному индикатору присваивают баллы (от 1 до 4) в зависимости от среднеквадратического отклонения, которые в конце суммируют. На основании итоговых баллов составляют рейтинг эффективности работы ПЦ, участвующих в переключке. Кстати, полученные данные можно смело экстраполировать на всю систему акушерской помощи России.

Список квалификационных переменных.

- Количество родов.
- Доля кесарева сечения.
- Доля преждевременных родов.
- Доля кесарева сечения при преждевременных родах.
- Коэффициент эффективности кесарева сечения (КЭКС).
- Доля родов менее 28 нед.
- Показатель перинатальной смертности (ПС) за отчётный год.
- Показатель ПС при преждевременных родах за отчётный год.
- Показатель материнской смертности за отчётный год.
- Показатель ПС за последние 4 года.
- Показатель ПС при преждевременных родах за последние 4 года.
- Наличие диагностического клинического центра.
- Использование прогностических шкал.
- Динамика показателя ПС за последние 4 года.
- Динамика показателя ПС при преждевременных родах за последние 4 года.
- Разница показателя ПС в ПЦ и в регионе.
- Разница показателя ПС при преждевременных родах в ПЦ и в регионе.

- Разница показателя ПС при влажных родах и кесаревом сечении.
- Разница показателя ПС при преждевременных влажных родах и кесаревом сечении.
- Показатель ПС без учёта умерших вне лечебного учреждения.
- Взвешенный показатель ПС.
- Гестационный показатель ПС.
- Доля доношенных детей в структуре ПС.
- Показатель ПС доношенных детей.

Проблема первого уровня

Суммарно количество родов в регионах, принявших участие в переключке в 2022 году, составило 761 тыс. — это 58% от общего количества родов в России (1 306 162). Самые высокие показатели зафиксированы в Московской области, представленной ПЦ Щёлкова, Наро-Фоминска и Видного (69 857). Для сравнения: меньше всего родов произошло в регионах, курируемых ПЦ Нижневартовска (4832), Пскова (4195) и Ханты-Мансийска (3691).

Распределение родов по учреждениям в зависимости от уровня оказания помощи в 2022 году произошло таким образом: 51,7% в учреждениях III уровня, 44,2% — II и всего 4,1% — I. Именно последний показатель в полной мере иллюстрирует «проблему первого уровня». Поддержку профессиональных навыков и высокой квалификации специалистов можно обеспечить только постоянной тренировкой. В противном случае это может повышать риск медицинских ошибок и приводить к росту материнской и перинатальной смертности.

В 2022 году среднее количество беременных, взятых на учёт в регионах-участниках, составило 18 047, что, к сожалению, в 2 раза меньше по сравнению с итогами переключки 2015 года. Закономерное падение рождаемости бу-

[На основании полученных баллов составляют рейтинг эффективности работы ПЦ, участвующих в переключке. Кстати, эти данные можно смело экстраполировать на всю систему акушерской помощи РФ.]

дет продолжаться и в ближайшем будущем. При этом среднее количество родов в ПЦ за последние годы стабильно и составляет около 5000, однако это обусловлено «перетеканием» родов из родовспомогательных учреждений I и II уровней (–64 и –19% соответственно).

Впрочем, это вовсе не означает, что для калибровки показателей следует направлять как можно больше пациенток в ПЦ. В высокотехнологичной помощи и вмешательстве смежных специалистов нуждаются около 10–20% женщин.

И жить торопится!

Начавшиеся до срока роды требуют правильной маршрутизации пациенток в стационар необходимого уровня, с достаточной оснащённостью и должной квалификацией медицинских работников. Впрочем, так должно быть в идеале. На практике же нередко возникают различные факторы, которые могут изменить ход событий, — площадь региона, развитие дорожной сети, транспортная доступность медицинских организаций и ПЦ, их технические возможности и квалификация специалистов. Чтобы понимать, насколько качественно учреждения родовспоможения проводят преждевременные роды, следует учитывать показатели ПС как в конкретных организациях, так и в субъекте в целом.

Доля преждевременных родов в анализируемых регионах России в 2022 году составила в среднем 6% (5,3–7,1%), что чуть меньше показателя по стране — 6,4%. Для детального анализа важно понимать распределение этого показателя между учреждениями I, II и III уровней. В 2022 году оно произошло таким образом: 79,1% в учреждениях III уровня (+35% по сравнению с 2016 годом), 18,3% — II (–48%) и 2,6% — I (–57%), при сроке менее 28 нед — 87,2; 10,1 и 2,7% соответственно.

Недоношенные дети должны появляться на свет в специализированных стационарах, где созданы все условия для оказания первой помощи и выхаживания, — в ПЦ. В учреждениях I уровня в идеале не должно быть преждевременных родов вообще. В «отличниках» по этому параметру оказались сразу не-



сколько городов — Чебоксары, Тамбов, Смоленск, Краснодар, Йошкар-Ола, Дзержинск и Владимир. «Антирекорд» в этот раз выявлен у Читы, где показатель достиг 14,4%, причём 11,1% из них — роды сроком менее 28 нед (впрочем, в Абакане последний показатель ещё выше — 17,9%). Вероятно, ошибки в этом случае также кроются в **неправильной маршрутизации**, что, безусловно, требует тщательного изучения и изменения подходов к работе.

Цель — снижение показателя!

Средний показатель **ПС в регионах** участников переключки за последние 4 года (с 2019 по 2022 год) колеблется в пределах статистической погрешности и достигает 7,3‰ (6–9,2‰). Для всей России за этот период — 7,2‰.

Показатель ПС в регионах, участвующих в переключке в 2022 году, составил 7‰ (5,4–9,3‰), в целом по стране — 7,1‰. **Минимальные значения** зафиксированы в Нижневартовске (2,9‰) и Ханты-Мансийске (4,5‰). Однако в некоторых ПЦ числа **превышают** медианные значения, достигая 11,2‰ в Чите и 14,7‰ — в Донецке.

[Снизить перинатальную смертность позволит повышение квалификации медицинского персонала и дополнительное оснащение клиники.]

Если посмотреть на динамику с 2019 по 2022 год, то ПС в регионах, участвующих в переключке, несколько снизилась: –1,5; –0,7; –0,2; –0,1‰ соответственно. В борьбе со смертностью в лидеры выбились Владимирская (–3,5‰) и Смоленская области (–1,9‰), Республика Саха (Якутия) (–1,9‰) и Архангельская область (–1,7‰). Рост ПС отмечен в Донецке (+4,3‰), Кировской (+1,9‰) и Курской областях (+1,8‰).

Показатель ПС при **преждевременных родах** в рассматриваемых регионах равен 75,7‰ (56,9–103,5‰). Если посмотреть динамику с 2019 по 2022 год, то есть небольшое снижение по сравнению с последними 2 годами (79,7 и 80,5‰ соответственно). Самые низкие значения — в Архангельской области (38,4‰), Ханты-Мансийском АО — Югре (39,6‰) и Чувашской Республике (44,4‰). А Крыму, Амурской области и югу Кузбасса **следует принять меры**, поскольку их показатели в значительном «плюсе» — 143,7; 117,8 и 116,9‰ соответственно.

Почему ПС растёт или остаётся на том же уровне? Причин немало, и **проанализировать** их необходимо руководителям учреждений. Возможно, улучшить ситуацию поможет изменение «настроек» — оптимизация выбора правильной тактики родоразрешения, повышение квалификации медицинского персонала, дополнительное оснащение клиники.

Родовспоможение извне

Ещё один важный аспект, анализируемый в рамках переключки, — **частота кесаревых сечений**. Отношение к этому виду родоразрешения неоднозначно, причём не только со стороны пациенток, но даже среди специалистов репродуктивной медицины. Факт остаётся фактом: тенденция к весьма частому оперативному родоразрешению сохраняется и в России, и в мире. Всегда ли обоснован такой подход? Ответ положительный в том случае, когда операцию выполняют **строго по медицинским показаниям** и она действительно будет снижать вероятность осложнений и неблагоприятных исходов у матери и ребёнка.

Увы, на практике так происходит далеко не всегда. Кесарево сечение само по себе **не способствует снижению ПС** — гораздо важнее в этом плане правильная маршрутизация и своевременная работа неонатологов и врачей других специальностей. Каждый раз перед принятием решения о выполнении абдоминального родоразрешения специалистам стоит всерьёз **задуматься о целесообразности** такой тактики.

Доля кесаревых сечений в ПЦ за последние 4 года практически не меняется. В 2022 году показатель составил **35,8%**, по России — 30,4%. Минимум оперативных родоразрешений отмечен в ПЦ Ярославля, Москвы (ГКБ №29), Архангельска — 21; 23 и 24,4% соответственно. В числе лидеров по количеству абдоминальных родоразрешений — Воронеж (46,4%), Волжский (46,3%) и Якутск (Сергеляхское шоссе) (44,8%). В чём причина таких высоких значений? Можно предположить, что специалисты «перестраховываются» или **не учитывают показания** к операции либо неправильно маршрутизируют пациенток. Однако для окончательных выводов необходимо провести аудит. Неоднозначность решений в отношении частоты кесарева сечения подтвердили результаты батла «Нужно ли снижать частоту кесаревых сечений?», проходившего в рамках сочинского семинара. Голосование «за/против» — 50/50! Занавес.

Для анализа результативности кесаревых сечений и оценки влияния их частоты на ПС в переключке широко используют КЭК. **КЭК** рассчитывают по формуле, в которой учтены доли кесарева сечения и показатели ПС в России и в конкретной клинике или регионе за год.

$$\text{КЭК} = \frac{\text{КС\%} \times \text{ПС‰ (базового региона = Россия)}}{\text{КС\%} \times \text{ПС‰}^2 (\text{исследуемого региона, учреждения})} \times 10$$

Удовлетворительные значения КЭК составляют **от 1 до 1,4**. Значение КЭК 1 представляет собой своеобразную границу: если коэффициент превышает указанный — это хорошо, и **чем он больше, тем лучше** — значит, операцию выполняют тем, кому это действительно необходимо. Меньший КЭК свидетельствует о **сомнительной целесообразности** некоторых вмешательств.

Очень высокие, высокие и средние значения КЭК в совокупности за 2022 год зарегистрированы в 43,6% ПЦ. Это означает, что остальные 56,4% клиник не столь тщательно подходят к выбору тактики родоразрешения, и их руководителям стоит критически оценить ситуацию.

Помимо КЭКС в анализе используют и другие специальные индикаторы — **взвешенный и гестационный показатели перинатальной смертности** (ВППС, ГППС). Например, ВППС учитывает **гестационный возраст** погибших детей. Чем больше количество умерших на более поздних сроках, тем «тяжелее» будет ВППС из-за более высоких коэффициентов. ГППС отражает, **на каком сроке беременности** чаще всего умирают дети в конкретном ПЦ.

КИПР — новое слово на карте родоразрешений

При наличии медицинских показаний или с целью профилактики осложнений беременности целесообразно выполнять **программированные роды**. Они проходят с учётом зрелости шейки матки путём родовозбуждения в назначенное время. У этой позиции есть сторонники и противники. Первые считают это идеальным решением у пациенток при сроке беременности «41+» и высоком перинатальном риске. Вторые уверены, что программированные роды повышают **вероятность аномалий родовой деятельности**, в частности, могут способствовать нарушению сократительной активности матки и развитию гипотонических маточных кровотечений после родов.

Впрочем, для выполнения программированных родов важно соблюдение **определённых условий**: уровень акушерского стационара не ниже II, наличие показаний, отсутствие противопоказаний, зрелая шейка матки, подсчёт суммы баллов пренатальных факторов риска, адекватное обезболивание и другие.

Каких бы точек зрения ни придерживались практикующие специалисты относительно программированных родов, важно помнить, что их выполнение — **основной путь снижения** заболеваемости и смертности **при высоком перинатальном риске**. Они позволяют снизить количество послеродовых койко-дней и улучшить качество жизни женщин после родов.

Как показали результаты переключки, средняя частота индукции родов не превышает 8%, достигая в некоторых ПЦ 20%. При этом за рубежом показатель приближается к 30%. Однако **угручает другое**: в некоторых ПЦ при минимальной частоте индуцированных родов (2–3%) частота оперативного родоразрешения после индукции («запланированное» кесарево сечение) достигает 50–80% (!). О каком отборе можно говорить? Для оценки эффективности индукции родов придумали новый инструмент — **коэффициент индукции программированных родов** (КИПР). Рассчитать его можно по формуле.

$$\text{КИПР} = \frac{\text{Доля индуцированных родов (\%)}^2}{\left(\frac{[2a+4a*]}{\text{общее кол-во родов}}\right) \times 100} \times \frac{\text{Доля КС после индукции (\%)}}{([KS \text{ в } 2a+4a]/[2a+4a]) \times 100}$$

Чем больше значение показателя КИПР, тем **лучше**. Медианное значение КИПР среди участников прошедшей пере-

ключки составило **17,2**, а лидерами по этому показателю стали Наро-Фоминск (КИПР 106,1) и Архангельск (КИПР 104,5). Например, в ПЦ Наро-Фоминска частота индуцированных родов составила 38%, при этом на запланированное кесарево сечение «ушли» только 13,4% рожениц, такие же данные и в ПЦ Архангельска.

Каковы итоги?

По результатам переключки за 2022 год можно сделать следующие **выводы**.

- За последние годы выявлено **уменьшение рождаемости** (сокращение количества родов, снижение экономической эффективности ПЦ).
- «Проблема I уровня» — снижение доли родов в учреждениях I уровня, причём происходит это **за счёт их «перетекания»** на III уровень.
- Доля родов в учреждениях III уровня увеличивается — издержки современного родовспоможения.
- Частота преждевременных родов (6%) — популяционный показатель, мало поддающийся профилактическим и лечебным мероприятиям.
- Доля преждевременных родов сроком менее 28 нед снижается, однако на I уровне достигает 2,7%, на II — 10,1%.
- Доля преждевременных родов в ПЦ составляет 10%, сроком менее 28 нед — 1%.
- Изменение ПС в исследуемых регионах за последние 4 года колеблется в пределах статистической погрешности, в том числе и при преждевременных родах.
- Общий показатель ПС в ПЦ **имеет тенденцию к снижению**, при преждевременных родах он стабилен (70‰).
- ПС в ПЦ **только на 2,1‰ выше**, чем в целом по региону, где он расположен.
- Средняя частота кесарева сечения стабильна (36%), как и при преждевременных родах (54%).
- В структуре ПС пропорция **доношенных детей** составляет 23%.



Как руководитель может оценить эффективность работы своего учреждения? Один из вариантов — **сравнить свои результаты** с итогами работы аналогичных медицинских организаций. Переключка в помощь! Уже не в первый раз это мероприятие позволяет разобрать конкретные примеры, **обменяться опытом** с коллегами, **оперативно** выявить существующие проблемы и найти для них подходящие работающие решения. **Присоединяйтесь к юбилейной, десятой переключке** в следующем году — сообщайте обязательно найдём выход из сложнейших ситуаций. **SP**

* Пациентки с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода и индуцированными родами на сроке 37 нед и более. 2а: первородящие; 4а: повторнородящие без рубца на матке.

«НЕТ ОСНОВАНИЙ НЕ ДОВЕРЯТЬ...»

Интервью с директором Института судебной медицины и патологии
Олесей Валерьевной Весёлкиной

Бесеговал: Александр Васильевич Иванов,
StatusPraesens [Москва]

«Экспертиза — **царица доказательств**» — так называлось интервью зам. директора Судебно-экспертного центра Следственного комитета РФ М.А. Игнашкина, данное РИА «Новости» в 2021 году*. Громкую фразу тут же подхватили авторы телеграм-каналов, пугавших своих читателей тотальной круговой порукой врачебного сообщества. Правда, они забыли, что ещё в XV веке место *regina probationum* было занято **признанием вины****, что вполне подходящим инструментом, чтобы его добиться, считались пытки и что сегодняшнее российское законодательство говорит о прямо противоположном — все имеющиеся доказательства **должны быть оценены в совокупности** и ни одно из них **не имеет заранее установленной силы**†...

Тем не менее при чтении материалов «врачебных» дел трудно отделаться от мысли, что **результаты судебно-медицинской экспертизы (СМЭ)** играют для следствия и суда совершенно **особую роль**. Почему?

SP Уважаемая Олеся Валерьевна, не секрет, что количество гражданских исков о возмещении вреда, связанного с некачественной медицинской помощью, и «врачебных» уголовных дел не уменьшается. Есть распространённая точка зрения, что в таких ситуациях практически всё зависит от результатов (СМЭ), поскольку сам суд специальными медицинскими знаниями не обладает.

Кто такой судебно-медицинский эксперт и почему его выводам доверяют больше, чем мнению любого специалиста, который участвует в следственных действиях или судебных заседаниях?

Олеся Валерьевна Весёлкина (О.В.): Для начала давайте определимся, что это за профессия. Я часто слышу мнение, что у судебно-медицинского эксперта должно быть **высшее юридическое образование** — многие считают, что **специфика расследования преступлений** требует наличия такой подготовки у всех участни-

ков этого сложного процесса. Подобные рассуждения не лишены смысла, однако это **не распространяется** на тех, кто занимается СМЭ.

Судебно-медицинский эксперт — это **врач**. В соответствии с квалификационными требованиями² он должен окончить **ординатуру по (СМЭ)** и получить свидетельство об **аккредитации**. Есть и другой вариант: пройти **профессиональную переподготовку** после ординатуры по акушерству-гинекологии, хирургии, урологии или другой клинической специальности. Но это только один аспект, который касается **должности**.

Законодательство предусматривает две формы участия человека, обладающего специальными знаниями, в процессе судопроизводства — **эксперт и специалист**. Ключевое различие — **проводит ли он**

исследование (и тогда его позиция будет **более значимой**) или только даёт пояснения по тем или иным вопросам. В этом смысле судебно-медицинским экспертом можно стать только тогда, когда следователь или суд вынесет постановление или определение о **назначении (СМЭ)**.

Правда, на практике разделение между экспертом и специалистом не такое чёткое: сказать, что относится к исследованию, а что нет, бывает непросто. Например, специалиста в области судебной медицины можно встретить **на месте происшествия** в составе следственно-оперативной группы, поскольку для **осмотра трупа** необходимы специальные знания. Манипуляции, которые будут проведены с телом для установления давности смерти, вполне можно назвать **исследованием**, но почему-то сегодня это не так.

* Михаил Игнашкин: Экспертиза — царица доказательств. — URL: <https://ria.ru/20210122/ignashkin-1594053816.html>.

** Михайлов А.А. Системы доказывания в уголовном процессе: история и современность // Уголовная юстиция. 2015. №2 (6). С. 31–42.



Олеся Валерьевна Весёлкина, врач судебно-медицинский эксперт, директор Института судебной медицины и патологии, преподаватель кафедры инновационного медицинского менеджмента и общественного здоровья Академии постдипломного образования ФМБА России, эксперт Национальной медицинской палаты по судебно-медицинской экспертизе (Москва)

SP Обязательно ли включать в состав экспертной комиссии специалиста по профилю оказанной медицинской помощи? Нужно ли учитывать стаж его работы и наличие личного опыта выполнения аналогичных вмешательств?

О.В.: В законодательстве нет такой нормы, что при расследовании «врачебных дел» в состав экспертной комиссии нужно включать специалистов соответствующего профиля. Более того, нет даже требования проводить такие СМЭ комиссионно. Но по-другому бывает редко — существует давно сложившаяся практика, которая отражена в методических рекомендациях. Хотя отсутствие чёткой регламентации может привести к тому, что экспертизу по «акушерскому» случаю выполняет уролог с организатором здравоохранения, а суд её примет.

По поводу стажа вопрос сложный. С одной стороны, неким «внутренним» требованием в конкретной экспертной организации может быть наличие опыта работы не менее 10 лет. А с другой стороны, если речь идёт об инновационных методах диагностики или лечения, которые были внедрены в практику со-

Одно дело — хирург из поликлиники, другое — из ургентного стационара, третье — специализирующийся на лапароскопических операциях. И ни один из них не может заменить другого.

Хорошая экспертиза — всегда комиссия, и в ней должны принимать участие врачи тех же специальностей, что и у клиницистов, лечивших пациента. В идеале надо учитывать ещё и «субспециальности» и область научных интересов. А вообще качество СМЭ очень сильно зависит от совести эксперта, от его стремления объективно разобраться в ситуации.

SP Кто определяет, на какие вопросы должны ответить судебно-медицинские эксперты? Как вы относитесь к практике назначения (МЭ) следователем до предъявления обвинения конкретному медработнику?

О.В.: Вообще качество (МЭ) не зависит от того, когда её провели. Хотя понятно, что порядок действий следователя определяется задачами, которые он решает. Лет десять назад было принято сначала разобраться во всём по материалам доследственной проверки и только потом возбуждать уголовное дело. Сейчас сложилась другая практика, и для этого есть свои причины.

Во-первых, потерпевшие начали жаловаться на «бездействие» следователей непосредственно руководству Следственного комитета РФ, вплоть до председателя. Поэтому часто уголовные дела возбуждают просто для того, чтобы таких обращений не было. Во-вторых, изменился порядок принятия решения следователем. Те, кто давно работает, видят разницу между тем, как было раньше и как стало сейчас: бесконечные согласования, «порасследуйте ещё», какой-то бег по кругу... В результате многие дела расследуются годами. В-третьих, существуют особые «подконтрольные» группы граждан. Например, в случае смерти ребёнка уголовное дело должно быть возбуждено обязательно, даже если это инвалид, который болел длительное время и чья смерть не стала ни для кого неожиданностью.

Однако я полагаю, что вопрос не столько про возможность назначить СМЭ до предъявления обвинения медработнику, сколько о том, что в такой ситуации у него нет возможности себя

[Законодательство не требует, чтобы при расследовании уголовных дел, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, в состав комиссии (МЭ) включали специалистов определённого профиля.]

Другой пример: исследование трупа в судебном морге, но только не по постановлению о назначении СМЭ, а по направлению. По сути, все действия будут одними и теми же. Но результаты в такой ситуации оформят как заключение специалиста.

Обычно, когда мы говорим «специалист», имеем в виду врача судебно-медицинского эксперта, привлечённого одной из сторон для изложения мнения, которое не совпадает с заключением (МЭ). Это то, что иногда называют «независимой экспертизой». Как я уже упоминала, процессуальный статус специалиста ниже — его суждения не могут быть определяющими. Если ему удастся убедить следствие или суд в своей правоте, будет назначена повторная СМЭ.

всем недавно, или если более молодой специалист в ходе диссертационного исследования проанализировал большой массив научной информации по данному заболеванию, полезнее может оказаться именно он.

Я не согласна с мнением, что самое главное — это «регалии», научная степень или звание. Когда речь идёт об осложнениях операции, куда важнее практический опыт врача, который выполняет подобные вмешательства каждый день. Часто только он может понять, в какой момент что-то пошло не так, ведь записи в медицинской карте не всегда отражают все детали произошедшего. Потом, большое значение имеет то, с какими пациентами работает доктор и какие именно вмешательства он выполняет.

защитить. В нынешнее время, когда очевиден прямо-таки **запрос общества на наказание медиков**, а «врачебные» дела «стоят на контроле» в главке следствия, это действительно представляет собой большую проблему.

Вопросы для СМЭ определяет тот, кто её назначил, и с точки зрения закона они **должны быть обсуждены с обеими сторонами**. В реальности так бывает не всегда. Например, **потерпевший предлагает 10фФ—15ф вопросов** (причём на некоторые из них эксперты заведомо не могут ответить), и следователь ставит их перед комиссией. А у **врача в это время ещё нет права ничего спрашивать** в связи с отсутствием процессуального статуса — обвинение ему предъявляют, когда СМЭ уже будет проведена.

Вроде бы Уголовно-процессуальный кодекс предусматривает **возможность назначения дополнительной экспертизы**, если первая СМЭ была выполнена до предъявления обвинения. Но на практике, как только следователь получит **заключение с «нужными» выводами**, дальше всё происходит очень быстро, и **дело оказывается уже в суде...** Медработник даже сообразить ничего не успевает.

Безусловно, подход, когда **суд сначала выслушивает обе стороны**, а потом **сам ставит вопросы** перед экспертами, выглядит **более взвешенным**.

SP Можно ли обосновывать выводы по результатам (МЭ) ссылками на старые учебники, статьи или монографии? (считают ли дефектом медицинской помощи любое невыполнение клинических рекомендаций и принимают ли эксперты во внимание уровень достоверности доказательств каждого тезиса?

О.В.: Нормативного запрета на **ссылки на старые учебники не существует**, да и в клинических рекомендациях иногда упоминаются достаточно «древние» источники. Однако **«старый» ещё не значит «плохой»**. К примеру, есть ли разница в руководствах по топографической анатомии, изданных в разные годы? А когда мы говорим о физикальном обследовании, то прежние учебники просто лучше новых. Мы же теперь смотрим не столько пациента, сколько результаты его обследования...

Но **если подходы кардинально изменились**, то ссылки на старую литературу

[Эксперт может сделать вывод, что невыполнение конкретного тезиса клинических рекомендаций не относится к дефектам медицинской помощи, но такое суждение должно быть хорошо аргументировано.]

ру, конечно, **некорректны**. Допустим, 20 лет тому назад делали так-то, и это считалось правильным, а в настоящее время это уже неприемлемо. Я помню случай, когда на следующий день после радикальной мастэктомии по поводу рака молочной железы выполнили экстирпацию матки с придатками, а потом пришли результаты гистологического исследования, и диагноз не подтвердился. А раньше действительно была такая тактика, это сейчас решение принимается только по результатам иммуногистохимии.

Надо отметить, что **клинические рекомендации тоже неидеальны** и в них попадают спорные тезисы, поэтому эксперт может сделать вывод, что их **невыполнение не относится к дефектам медицинской помощи**. Правда, такое суждение должно быть **хорошо аргументировано**, и далеко не каждый захочет перечить документу, утверждённому профессиональным сообществом.

Это же касается и обоснованности тезисов клинических рекомендаций. Мне **не встречались заключения (МЭ)**, где было бы указано на **низкий уровень доказательности**. Однако каждый выявленный дефект медицинской помощи рассматривается с точки зрения его **влияния на течение болезни**. Иногда эксперты пишут, что **недостатки носят формальный характер** и не могли повлиять на наступление неблагоприятного исхода или причинить вред здоровью.

SP Насколько правильно, на ваш взгляд, допрашивать в суде одного из членов комиссии экспертов, чтобы получить разъяснения в отношении заключения, сделанного комиссией? Нужно ли учитывать его специальность и может ли он высказывать дополнительные соображения помимо того, что уже написано?

О.В.: Да, **это правильно**, и вот почему. Выводы по результатам СМЭ по «врачебным» делам **подписывают все члены комиссии**. Логично, что **любой из них**

может быть допрошен в суде. А почему нужно, чтобы подписали все?

Все выводы можно условно разделить на три блока. Первый — **установочная часть**, так называемый **экспертный эпикриз**. При смерти пациента это суждение о её причине, которое относится к компетенции патологоанатома или судебного медика, который выполняет исследование трупа. Надо ли учитывать мнение клиницистов? Но ведь написание посмертного эпикриза с указанием заключительного клинического диагноза — обычная практика для каждого врача. Получается, что **на вопрос о причине смерти отвечают все**.

Второй блок — **установление дефектов медицинской помощи** на разных этапах её оказания. Это компетенция **врача соответствующей специальности**: выполнение оперативного вмешательства оценивает хирург, а лечение в отделении реанимации — анестезиолог-реаниматолог и т.д. Какая здесь роль у судебно-медицинского эксперта? Но, во-первых, **в судебной медицине есть раздел о систематизации дефектов** медицинской помощи, а во-вторых, он всё воспринимает **через призму вреда здоровью и причинно-следственной связи**. Он задаёт очень специфические вопросы, чтобы не просто выявить, что что-то было сделано не так, но и доказать потом, что это — именно «дефект», который подпадает под понятие «причинение вреда здоровью». А надо ли спрашивать мнение врача УЗИ или рентгенолога? Конечно, мы же не можем не соотносить дефекты медицинской помощи с результатами инструментальных и лабораторных исследований. Получается, что **и на этот вопрос отвечают все**.

Третий блок — суждение о **вреде здоровью и причинно-следственной связи**. И снова, с одной стороны, это **компетенция судебно-медицинского эксперта**, что прописано в нормативно-правовых документах. Но установление наличия и сути дефекта медицинской помощи **требует участия клинициста** и подтверждения вра-

чей, **проводивших исследования**. Важно, чтобы не получилось, что клиницист имел в виду одно, а судебный медик понял всё по-другому. И снова все участвуют.

Обратите внимание, что **судебный медик — связующее звено** на каждом этапе. Именно он играет **ключевую роль** в установлении правовых понятий, которые требуют специальных знаний, — вреда здоровью и причинно-следственной связи. С точки зрения судебного процесса наиболее «выгодно» допрашивать именно судебно-медицинского эксперта, лучше — **эксперта-организатора**, который писал текст заключения.

[Ухудшение состояния здоровья пациента, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью, а вызванное характером и тяжестью заболевания — нет.]

Кроме того, судебно-медицинский эксперт по роду своей деятельности **подготовлен для работы в процессе судопроизводства**, в том числе к допросам, которые иногда проходят весьма специфично, вплоть до обвинений в некомпетентности. Он знает свои **права** и наложенные на него **ограничения**, говорит на понятном для обывателя языке.

Что же касается **вопросов, выходящих за рамки выводов** по результатам СМЭ, здесь необходимо понять, ставили ли этот вопрос перед экспертами ранее и **не потребуется ли дополнительное исследование**. Часто речь идёт о детализации уже данных ответов, уточнении формулировок. Приемлемы и вопросы по специальности эксперта (например, что можно выяснить при дополнительной экспертизе, о сроках её выполнения и т.д.).

SP Можно ли считать любое ухудшение состояния здоровья пациентки причинением вреда здоровью? В какой ситуации эксперты делают вывод о реализации риска медицинского вмешательства?

O.B.: Согласно п. 25 приказа Минздрава-соцразвития РФ №194н³, ухудшение состояния здоровья, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью. Есть несколько важных мо-

ментов. Прежде всего необходимо установить, что имел место именно **дефект медицинской помощи**. Во-вторых, нужно, чтобы ухудшение состояния подпадало под **определение вреда здоровью** — вырождалось в нарушении анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды. Всё это относится только к **«дефектам действия»** — когда что-то сделано физически.

Судебно-медицинские эксперты **различают дефекты** медицинской помощи

и **осложнения** правильно выполненного вмешательства. Если очень упростить, то дефект можно предотвратить при определённых условиях: дополнительном обследовании, соблюдении правильной технологии и т.д.

Лучшая иллюстрация — **анафилактический шок**. Достоверных способов узнать, разовьётся ли он на введение, например, анальгина, нет. В 99% случаев **это будет осложнением** правильно выполненной манипуляции. Однако если у пациента **отягощён аллергоанамнез**, что зафиксировано в медицинской карте, а препарат всё равно ввели, то это **уже дефект** медицинской помощи. Будет написано, например, так: «Дефект оказания медицинской помощи в виде назначения и выполнения внутримышечной инъекции препарата “Анальгин” при наличии в анамнезе отёка Квинке на введение анальгина привёл к развитию анафилактического шока тяжёлой степени (медицинский критерий) и поэтому расценивается как причинение тяжкого вреда здоровью по признаку опасности для жизни».

Конечно, на практике всё гораздо сложнее. Многие годы Ассоциация судебно-медицинских экспертов предлагала различным профессиональным сообществам совместно **разработать критерии** для разных вмешательств: вот

это осложнение, а это дефект. К сожалению, без особого результата...

SP Когда следователь или суд может принять решение о необходимости повторной или дополнительной (МЭ)? Означает ли то, что они не назначены, согласие с выводами первой экспертизы?

O.B.: Знаете, есть такой анекдот: потерпевший просит вскопать ему огород, а следователь отвечает, что вообще-то его работа — расследовать уголовные дела. Тогда потерпевший говорит, что записался на приём к председателю Следственного комитета — и следователь спрашивает, где стоит лопата и когда всё надо закончить...

Ситуация такова, что сегодня следователю **проще удовлетворить практически любое требование** потерпевшего. Это касается и повторных экспертиз: иногда их назначают с формулировкой **«потерпевший не согласен с выводами проведённой (МЭ)»**. И это повторяется, пока не найдётся эксперт, который напишет про прямую причинно-следственную связь.

К счастью, **суды демонстрируют более взвешенный подход** — я знаю немало судей, которые исходят из реальной необходимости разобраться в том, что произошло. Хотя и здесь есть не очень хорошие тенденции: в гражданском судопроизводстве тоже увеличивается количество повторных экспертиз в связи с тем, что истец не согласен с результатами предыдущей.

По закону **дополнительную экспертизу** назначают, когда возникли **новые вопросы** или **изменился состав объектов исследования** (материалов дела, медицинских документов, вещественных доказательств). Кроме того, такая необходимость может быть связана с **сомнением в правильности выводов** эксперта или при противоречивых ответах экспертов на один и тот же вопрос. При этом понятно, что сомнение — достаточно субъективный критерий.

Вопрос о **согласии или несогласии суда с выводами** СМЭ, если он не назначил повторную экспертизу, ещё более сложен. Безусловно, **закключение комиссии** — очень важное доказательство, но это только **одно из доказательств**.

Как написано в Уголовно-процессуальном кодексе, суд **оценивает всю совокупность** имеющихся в деле доказа-

тельств, причём ни одно из них не имеет заранее установленной силы. Поэтому, даже если в заключении и есть какие-то **не вполне корректные с точки зрения клиницистов формулировки**, но суд считает, что в целом ситуация ясна, он **может и не назначить** повторную экспертизу.

SP Контролирует ли кто-то качество проведённой СМЭ? Какую ответственность несут члены комиссии экспертов, непосредственно сделавшей неправильные выводы, в том числе опровергнутые при повторной экспертизе?

О.В.: С точки зрения закона действия судебно-медицинских экспертов должны оценивать **так же, как и любого другого специалиста**. На нас тоже распространяются **требования по контролю качества**, но особенности СМЭ (отсутствие лечебного компонента) фокусируют его на **полноте и качестве экспертизы**.

Безусловно, важную роль играют персоналии: **контроль может быть как чисто формальным** (все ли объекты исследованы, на все ли вопросы даны ответы), так и реальным (оценка выводов и их аргументации, наличие ссылок на научную литературу и нормативно-правовые документы). Если система работает правильно, то существует практика **«вызова случая на повторную экспертизу»** — такое право есть у руководителя экспертного учреждения, если он не согласен со сделанным заключением.

Когда я работала в Бюро СМЭ Московской области, то для контроля качества экспертиз был создан целый институт, включавший в себя оргметодотдел, проводивший как **рутинные проверки**, так и еженедельные **разборы сложных случаев** и сделанных **ошибок**; институт зональных экспертов, проверяющих все случаи с **подозрением на убийство**, падения из положения стоя, **расхождения** заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов, **квалификации вреда здоровью** человека. Это десятки тысяч экспертиз ежегодно.

Сейчас мы живём в условиях **постоянных жалоб** со стороны потерпевших и обвиняемых, истцов и ответчиков, представлений следственных органов и прокуратуры. В последние годы перестали быть редкостью доследственные проверки **подозрений в «даче заведомо ложного заключения»** — в этом случае всегда проводится **служебное расследование**, по его результатам к эксперту может быть применено дисциплинарное взыскание.

В советские годы **система (СМЭ) была иерархичной**, существовали инстанции комиссионной экспертизы (в том числе было Главное бюро СМЭ). В то время очень внимательно анализировали повторные экспертизы и причины, по которым они были назначены. Ошибки подлежали систематизации, а их разборы публиковали с грифом «Для служебного пользования». К сожалению, сейчас эта практика отсутствует.

Теперь каждый регион создаёт своё бюро, есть федеральное учреждение Российский центр СМЭ, существуют ведомственные и частные экспертные учреждения. **У всех свой контроль качества** и даже само понимание, что такое качество... Такой критерий, как число повторных экспертиз, тоже перестал работать — всё чаще их назначают без достаточных оснований. **SP**

Библиографию см. на с. 84–86.

Wobenzym®

Вобэнзим

- ✓ Противовоспалительное
- ✓ Иммуномодулирующее
- ✓ Фибринолитическое
- ✓ Антиагрегантное
- ✓ Противоотечное
- ✓ Вторичное анальгезирующее
- ✓ Повышение эффективности антибиотиков

Один препарат – 7 действий

для комплексного лечения воспаления

Вобэнзим® содержит уникальную
запатентованную комбинацию энзимов
натурального происхождения и рутозид



Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Вобэнзим
ЛПН-Н4002667-(РГ-RL) от 30.06.2023
Патент № 2 339 396 РФ, МПК А61К 36/8962(2006.07), А23L 1/03(2006.07) и др., Комбинации,
содержащие ферменты, получаемые из них диетические пищевые продукты и лекарственные
средства и их применение для медицинских целей, № 2005138852/15, заявл. 2004.05.14,
опубл. 2008.11.23/ Миллер Вэнфри, заявитель: МУКОС ФАРМ ГМБХ УНД КД - 16 с.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН
ДЛЯ ВРАЧЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ



В свете софитов

Итоги церемонии награждения лауреатов XI Национальной премии «Репродуктивное завтра России»

Каждому человеку независимо от рода деятельности важно **признание**. Именно для того, чтобы вдохновить врачей на дальнейшие свершения, отметить лучших представителей профессии и погрузиться вместе с коллегами в атмосферу праздника, была создана премия **«Репродуктивное завтра России»**. Ежегодное, уже XI награждение лауреатов по традиции прошло в рамках «Сочинских контраверсий».

Феноменальный размах **семинара** в 2023 году (227 заседаний на площадках 16 залов), его масштаб (3586 очных и 3144 онлайн-участников) и, конечно же, тщательно продуманная, яркая и насыщенная научная программа (782 доклада) позволяют смело утверждать, что это не только выдающееся профессиональное, но и важное **социокультурное мероприятие**. Одним из наиболее волнительных, трогательных и торжественных моментов стало награждение врачей и коллективов страны, чья работа, по мнению попечительского совета, за прошедший (и не только!) год должна быть отмечена. Призёры получили памятные дипломы и изящную статуэтку в виде яблока — символа здоровья, плодородия, любви, а также мудрости и знаний.

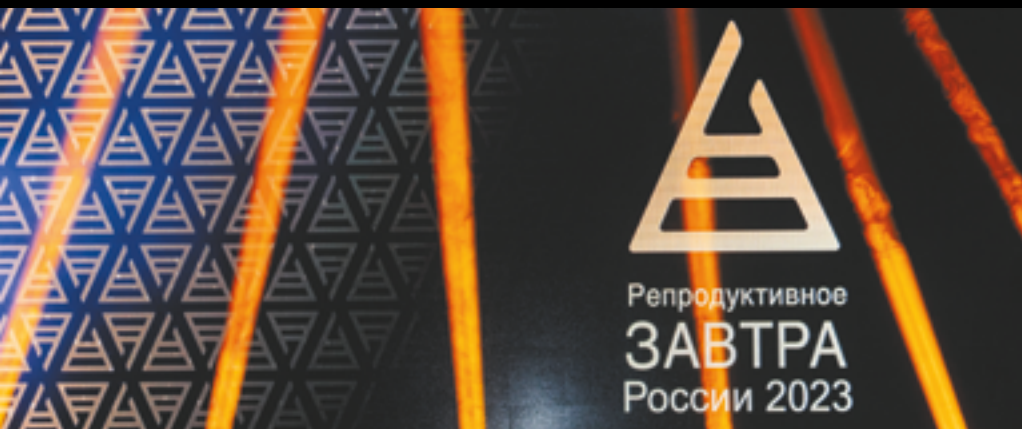
Итак, вот они — **герои вечера**, которые по праву заслужили почёт и внимание коллег колоссальным трудом, самоотда-

чей, преданностью профессии, посвятили свою жизнь сохранению репродуктивного здоровья страны.

По итогам традиционной переключки эксперты Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) и попечительский совет премии признали победителем в номинации **«Лучший перинатальный центр»** коллектив Нижневартковского окружного клинического перинатального центра.

В номинации **«Призвание — врач»** награду получил отличник здравоохранения РФ, главный врач Ставропольского краевого клинического перинатального центра Борис Фёдорович **Затона** (Ставрополь).

Победителями в номинации **«Подвижничество»** стали засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой педиатрии им. Г.Н. Сперанского РМАНПО, президент Ассоциации врачей по содействию в повышении квалификации педиатров, президент Ассоциации по изучению витамина D, вице-президент Общероссийской информационно-образовательной инициативы «Педиатрия и неонатология: развитие клинических практик» Ирина Николаевна **Захарова** и канд. мед. наук, редакционный директор ГК StatusPraesens Ольга Анатольевна **Раевская** (Москва).





Раевская О.А.



Затона Б.Ф.



Климачева Т.Б.



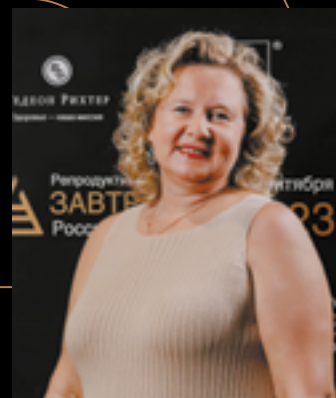
Кукушкина Л.В.



Михайлов А.В.



Захарова И.Н.



Петрова С.Ю.



Модель Г.Ю.



Шугина Ю.В.





Краус А.А.



Попова Т.Н.



Остапенко Е.С.



Швечкова М.В.



Гуськова О.И.



Лауреатов в номинации **«Мастерство»** тоже двое. Награды вручены канд. мед. наук, доц., акушеру-гинекологу гинекологического отделения Алтайского краевого клинического перинатального центра, руководителю сектора непрерывного медицинского образования Татьяне Борисовне **Климачевой** (Барнаул) и зав. отделением хирургии новорождённых Московского областного перинатального центра Юлии Викторовне **Шугиной** (Балашиха, Московская область).

Призёром в номинации **«Династия»** стала канд. мед. наук, акушер-гинеколог, специалист УЗД Оренбургского областного центра медицинской реабилитации Лариса Викторовна **Кукушкина** (Оренбург).

Награда в номинации **«Несущие свет»** присуждена засл. врачу РФ, докт. мед. наук, проф., главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Минздрава РФ в Северо-Западном федеральном округе, главному врачу родильного дома №17, главному научному сотруднику НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, проф. кафедры акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова СЗГМУ им. И.И. Мечникова и ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Антону Валерьевичу **Михайлову** (Санкт-Петербург).

В номинации **«Первый врач»** победителями стали канд. мед. наук, зам. главного врача по педиатрической помощи

краевой клинической больницы №2 Галина Юрьевна **Модель** (Краснодар) и канд. мед. наук, зав. отделением новорождённых Рязанского областного клинического перинатального центра Светлана Юрьевна **Петрова** (Рязань).

Призёром в номинации **«На страже женского здоровья»** стала зав. консультативно-диагностической поликлиники перинатального центра Архангельской областной клинической больницы Елена Сергеевна **Остапенко** (Архангельск).

Премия в номинации **«Добрые руки»** была вручена зав. родовым отделением Коми республиканского перинатального центра Татьяне Николаевне **Поповой** (Сыктывкар).

Лауреатом в номинации **«Спасаящий жизни»** стала канд. мед. наук, доц. кафедры анестезиологии и реаниматологии Тюменского ГМУ, начальник анестезиолого-реанимационной службы, зав. акушерским дистанционным консультативным центром с выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи Марина Владимировна **Швечкова** (Тюмень).

Беспрецедентный вклад следующих поистине выдающихся специалистов в отечественную науку и практику невозможно было стратифицировать в пределах лишь одной тематической номинации. Лауреатами премии, отмеченными попечительским советом в рамках спецноминации, стали зав.



Гуцалова Т.Б.



Фомина О.И.



Павличенко М.В.



Рыбачкова О.В.



перинатальным центром Саратовской ГKB №8 Ольга Ивановна **Гуськова** (Саратов), зав. женской консультацией, и.о. зав. акушерским отделением областной больницы Еврейской автономной области Татьяна Борисовна **Гуцалова** (Биробиджан), руководитель отдела разработки и внедрения новых медико-организационных форм перинатальной помощи Уральского НИИ охраны материнства и младенчества Наталья Борисовна **Давиденко** (Екатеринбург), канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи областного перинатального центра им. И.Д. Евтушенко Алла Владимировна **Карманова** (награждена посмертно) (Томск), директор и основатель благотворительного фонда «Свет в руках» Александра Александровна **Краус** (Москва), засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры педиатрии им. Г.Н. Сперанского РМАНПО Станислав Викторович **Мальцев** и докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии Казанской государственной медицинской академии — филиала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Лариса Ивановна **Мальцева** (Казань/Москва), канд. мед. наук, зав. отделением детской нейрореабилитации, ст. научный сотрудник отделения физиологии и патологии новорождённых и детей раннего возраста Уральского НИИ охраны

материнства и младенчества Мария Васильевна **Павличенко** (Екатеринбург), акушер-гинеколог женской консультации клинической больницы №2 Ольга Валерьевна **Рыбачкова** (Ярославль), неонатолог Наро-Фоминского перинатального центра Ольга Ивановна **Фомина** (Наро-Фоминск, Московская область).

Награждение призёров премии прошло в дружеской неформальной обстановке. Каждый обладатель медицинского «Оскара» — лучший из представителей профессии, признанный коллегами, **преданный своему делу**, готовый делиться опытом с грядущим поколением специалистов.

Сама премия и чествование победителей немыслимы без поддержки единомышленников — мы глубоко признательны спонсорам за многолетнее и плодотворное сотрудничество, а также за участие в награждении лауреатов. С момента создания проекта золотым партнёром выступает венгерская фармацевтическая компания «Гедеон Рихтер», которая ведёт свой бизнес по всему миру уже более 120 лет. **«Гедеон Рихтер»** — это инноватор и провайдер множества образовательных инициатив для врачей и пациентов.

Ещё один партнёр премии — **«Мьюз Медиа»**, федеральный дистрибьютор биологически активных добавок (БАД) NOW FOODS на отечественном фармацевтическом рынке.

Золотой партнёр премии

«Гедеон Рихтер» — один из крупнейших производителей доступных, эффективных и безопасных лекарственных средств. Компания уделяет особое внимание исследованиям в области **женского репродуктивного здоровья** и болезней центральной нервной системы.

При создании **инновационных продуктов** компания опирается на собственный многолетний опыт, использует современные технологии, соблюдая требования российских и европейских отраслевых стандартов. Одним из самых ярких событий прошлых «Социнских контраверсий» стала форсайт-сессия, посвящённая препарату **«Эстеретта»**, который открыл новую эпоху в истории контрацепции. В 2023 году эксперты вновь вернулись к его обсуждению, уже с определённым опытом, собственным взглядом и новыми доказательными данными.

«Эстеретта» — новое поколение комбинированных оральных контрацептивов (КОК). В его состав входит «умный» эстроген **эстетрол (Е4)**, селективно действующий на ткани. Благодаря уникальным свойствам Е4 препарат обеспечивает надёжную защиту от нежеланной беременности, стабильный профиль менструальноподобной реакции, а также обладает высоким уровнем переносимости и безопасности.

«Гедеон Рихтер» реализует социальные, образовательные и культурные проекты по всему миру, выступает инициатором и партнёром благотворительных акций. Заботясь о женском здоровье, с 2016 года в третью неделю апреля «Гедеон Рихтер» проводит федеральный социальный проект **«Неделя женского здоровья»**. Его цель — повысить у российских женщин культуру заботы о себе и своём репродуктивном здоровье. Компания организывает просветительскую работу, сотрудничая с глянцевыми журналами, онлайн-СМИ, блогерами, участвует в создании тематических подкастов.

В ежегодном исследовании **«Индекс женского здоровья “Гедеон Рихтер”»**, которое компания проводит совместно с Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ), в 2023 году приняли участие 1240 респонденток. Женщины в возрасте от 18 до 45 лет отвечали на вопросы об их осведомлённости, опыте и предпочтениях в области контрацепции.

В рамках социального проекта «Неделя женского здоровья» компания также реализует проекты по **восстановлению арт-объектов** с женскими образами в крупнейших музеях России. В 2023 году были отреставрированы сразу два ценных экспоната.

Обновлённая алебастровая **скульптура «Стыдливость»** заняла своё место в постоянной экспозиции центра «Эрмитаж-Урал» Екатеринбургского музея изобразительных искусств. Её создатель — швейцарско-итальянский скульптор рубежа XIX—XX веков Кристофоро **Викари** (Cristoforo Vicari). Стилистически скульптуру относят к эпохе модерна. После реставрации она вновь впечатляет посетителей музея своей нежностью, лёгкостью и изяществом.

Восстановленную картину **«Три парки»** Себастьяно **Маццони** (Sebastiano Mazzoni) вновь можно увидеть в музее «Картинный дом» ГЗМ «Петергоф». В ходе реставрации была обнаружена авторская подпись, которая подтвердила принятую ранее новую атрибуцию предмета. Картина написана на сюжет античной мифологии. На ней изображены три богини судьбы с характерными атрибутами. **Нона**, отвечающая за рождение, держит в руках пряжу в виде рога изобилия, из которого появляется младенец, крылатая **Децима** прядёт и отмеряет нить жизни, продолжительность которой зависит от настроения капризной **Морты**, держащей в руках острые ножницы.



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

Партнёр номинации

ООО «Мьюз Медиа», основанное в 2017 году, — **эксклюзивный поставщик в РФ** продукции NOW FOODS — известного мирового лидера по производству высококачественных инновационных натуральных продуктов для здорового образа жизни и правильного питания.

ООО «Мьюз Медиа» стало **победителем** Всероссийского открытого конкурса профессионалов фармацевтической отрасли «Платиновая унция» 2022 года за **инновационный подход** в поддержании здоровья, профилактике и восстановлении организма в условиях пандемии.

NOW FOODS выпускает более 3,5 тыс. наименований продукции, из них около 900 БАД, признанных более чем в 80 странах мира. Производственные мощности компании расположены в штате Иллинойс (США), **имеют сертификаты GMP** и регулярно проходят контроль FDA на соответствие всем необходимым требованиям.

ООО «Мьюз Медиа» популяризирует среди работников здравоохранения и потребителей продукции NOW FOODS ответственное отношение к своему здоровью и предлагает **простые и действенные** решения для улучшения качества и продолжительности жизни россиян. В телеграм-канале (https://t.me/academportal_NOW) врачи и работники аптек могут найти актуальную информацию о продукции, а также ознакомиться с современными подходами и **клиническими рекомендациями**, включающими различные БАД, методами профилактики и восстановления после вирусных и других заболеваний.



Pharmaceutical Distributor

Сплочённость людей — нерушимая крепость

По мнению Антуана де Сент-Экзюпери, **общение** — единственная настоящая роскошь для человека. И с ним трудно поспорить. Ничто не сравнится по силе вдохновения и мотивации с возможностью хотя бы на короткий срок оказаться в **среде единомышленников**. Поддержка коллег, тёплые слова признания и благодарности за невероятно сложный труд, которые насквозь пронизывают торжественную атмосферу премии «**Репродуктивное завтра России**», для каждого участника мероприятия, номинанта и лауреата становятся глотком **свежего воздуха**, заряжающим энергией для будущих свершений. С нетерпением ждём новых встреч с каждым из вас.



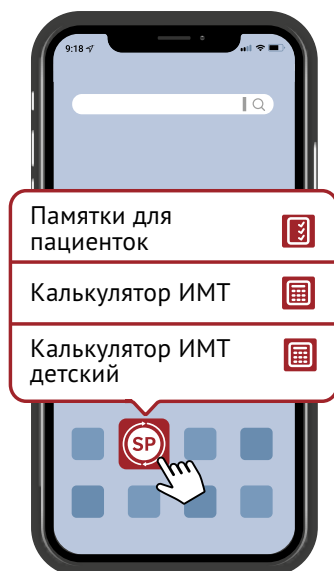
Дорогие коллеги, друзья, желаем вам ярких профессиональных успехов, новых побед и, конечно же, крепкого здоровья, чтобы в следующем году вместе радоваться общим достижениям!

SMART-памятки: пациентки хотят знать

Массовое медицинское просвещение через врачей —
настоятельное требование времени



Автор: Светлана Александровна **Маклецова**,
канд. мед. наук, исполнительный директор MAPC,
исполнительный директор Общероссийской
информационно-образовательной инициативы
«Педиатрия и неонатология: развитие
клинических практик», генеральный директор
ГК StatusPraesens (Москва)



Patient education. Этот непереводаемый корректно на русский язык раздел есть в любом медицинском руководстве от приличного англоязычного издательства. Там, где у нас после «Реабилитация» и «Прогноз» сияет брешью чистый лист, в англоязычных учебниках — «**Информация для пациентов/Пациентское образование**». Воспитанный много-миллионными судебными исками «капиталистический» мир давно разобрался — без **качественного** информирования пациента сложно хорошо выполнять свою работу. И результаты хуже*, и исков больше.

Именно эта потребность — качественно оказывать медицинскую помощь — всегда побуждала хороших докторов читать мини-лекции пациентам (втискивая смыслы и аргументы в строго отмеренные минуты), отвечать на их вопросы, убеждать, спорить, успокаивать, утешать. И — раздавать хоть какие-то **печатные материалы**. Иначе уйдут и «науглят» очередное **мракобесие**, способное напрочь перечеркнуть все усилия врача.

Уж лучше пусть получают информацию от нас — **врачей**. Проверенную, перепроверенную, «обкатанную» докторами и пациентами, однозначно экспертную, чтобы не чесались руки «получить второе мнение». Как раз для этого — проект

МАРС «SMART-материнство» с его многочисленными памятками (которые никогда не заканчиваются! Они по QR-кодам) для **думающих** пациенток.

Нам очень важно мнение критичных и даже **циничных** врачей-практиков. Мы собираем его по крупицам, ловим намёки между вежливыми кивками и молим: обидьте нас! покритикуйте! дайте нам **развивающую обратную связь**! В настоящем журнале публикуем SMART-памятку «Как правильно вести себя в родах?» и с нетерпением предвкушаем все критические отзывы.

Станьте немного Латунским! И мы скажем вам «Спасибо!». Вместе с пациентками. Отзывы и критику присылайте на почту nm@praesens.ru.

* Gluck D., Pinchas-Cohen T., Hiaev Z. et al. The impact of childbirth education classes on delivery outcome // Int. J. Gynecol. Obstet. 2020. Vol. 148. №3. P. 300–304. [PMID: 31912479]

[Потребность качественно оказывать медицинскую помощь всегда побуждала хороших докторов читать мини-лекции пациентам, отвечать на их вопросы, убеждать, спорить, успокаивать, утешать.]

ПАМЯТКА

Как вести себя в родах?

Умным родителям — умных и здоровых детей!

SMART
МАТЕРИНСТВО
Информация для продвинутых родителей

MAPC
StatusPraesens
spnavigators

Тревожность и страх возникают от **неизвестности**. Чтобы не бояться — **надо знать**, с кем и в какой роддом вы поедете, что вас там ждёт, как протекают роды, какие периоды имеют и как правильно себя вести. Чем меньше страхов и тревожности, тем на самом деле **легче** протекают роды. Более того, они даже могут быть связаны с **положительными переживаниями**. Так всегда бывает, когда в конце трудного пути преодоления и героических усилий появляется возможность радоваться результату.

Периоды родов

Роды — **естественный физиологический процесс**, состоящий из трёх периодов (табл.).

Максимальная продолжительность отдельных периодов родов (обычно она гораздо меньше)

Характеристики пациенток	Первый период, активная фаза	Второй период*	Третий период
Первородящие	До 12 ч	До 3 ч	До 30 мин
Повторнородящие	До 10 ч	До 2 ч	

* Продолжительность второго периода может увеличиться ещё на 1 ч при эпидуральном обезболивании.

Первый период — от начала регулярных схваток до полного раскрытия маточного зева. В этот период матка приходит в тонус и сокращается (это называют термином «**схватки**»), изливаются околоплодные воды.

Второй период — с полного раскрытия маточного зева до рождения ребёнка. В «период изгнания» (так ещё называют этот этап) матка и мышцы живота «выталкивают» ребёнка наружу.

Третий период — рождение последа: плаценты и плодных оболочек.

Роды продолжаются довольно долго, и хотя повторнородящие рожают **немного** быстрее, но всё равно **небыстро**. И это нормально, надо быть к этому готовой.

Обычно продолжительность родов составляет около 9–11 ч для первородящих и 6–8 ч для повторнородящих.

На **продолжительность родов** влияет множество разных факторов: размеры плода, анатомические особенности таза, тренированность мышц роженицы, физическое и психологическое состояние — и, конечно же, **поведение** женщины в родильном отделении.

Снимаем тревожность в последние недели до родов

Очень много нужной информации могут дать посещение школы беременных и обсуждение тревожащих вопросов с наблюдающим вас врачом. **Он определяет тип роддома** и предполагаемый **способ родоразрешения**, которые будут подходить именно вам. Лучше, чтобы во время беседы с врачом по поводу роддома с вами был кто-то из членов семьи, особенно если вы приняли решение о присутствии на родах кого-то из близких (муж, партнёр, мама и т.д.).

Дополнительно для уменьшения тревожности важно:

- знать, в каких случаях и куда обращаться за медицинской помощью;
- заранее собрать «экстренный чемоданчик» (вещи для себя, малыша и партнёра, пакет документов).

Можно заранее посетить медицинское учреждение, в котором ребёнку предстоит появиться на свет, чтобы атмосфера стала привычной (работа персонала, звуки, запахи).

Желательно, чтобы в момент икс вы попали в **знакомую обстановку**. Для этого во многих лечебных учреждениях организованы экскурсии по родильному дому.

Подробнее обо всём этом — см. памятку «Когда пора ехать в роддом?»**.

Симптомы, при которых нужно обратиться в роддом

- Появление схваткообразных болей с периодичностью 5 мин и менее, длящихся по 30–40 сек, продолжающихся в течение часа.
- Кровянистые выделения из половых путей.
- Подтекание околоплодных вод.
- Отсутствие шевелений плода или резкое уменьшение их частоты (менее 10 раз за сутки).
- Повышение артериального давления, головная боль, нарушение зрения.
- Длительные тянущие боли внизу живота и пояснице, мешающие обычной жизни.

** Памятка в разработке.

Первый период родов

Первый период родов (он же «период раскрытия») у первородящих может длиться до 12 ч, но обычно меньше и очень редко – больше. И всё равно он самый длинный; важно быть **психологически готовой** к этому «марафону терпения».

Роженица – женщина в родах, родильница – уже родившая.

О начале родов врачи говорят, когда в течение часа через каждые 5 мин возникают регулярные схватки. Постепенно этот интервал укорачивается, а схватки становятся более болезненными.

В первом периоде родов правильное поведение – то, при котором **именно вам комфортно «проживать» схватки**. Чтобы роженице было удобнее, современные родильные залы часто бывают оснащены соответствующим инвентарём: ковриками, гимнастическими мячами, специализированными стульчиками, канатами, многофункциональными кроватями.

Свободное поведение не препятствует, а **способствует эффективности** родового процесса. Важно научиться слушать и слышать своё тело, менять положение, чередовать периоды активности и отдыха. Все ощущения в родах заложены природой, чтобы помогать вам предпринимать правильные действия.

Движение освобождает от боли. Бессознательные действия помогают выбрать комфортное положение, чтобы максимально снизить восприятие боли и уменьшить уровень стресса. **Решать вам** – приплясывать, приседать, прыгать на гимнастическом шаре, стоять в коленно-локтевой позе. Главное, чтобы это не мешало наблюдать за состоянием ребёнка и вас.

Для сохранения активного поведения в родах в настоящее время набирают популярность **немедикаментозные способы обезболивания**: фитбол, массаж, акупрессура, дыхательные методики, техники релаксации, душ и др. Узнать о них и обсудить их доступность с персоналом лучше до начала родов, удобнее всего – на дне открытых дверей.

Возможно применение эпидуральной анестезии (той самой «эпидуралки»). Она снижает болевые ощущения, однако ограничивает возможность активного поведения, поскольку вместе с болевой чувствительностью также ограничивает возможность контролировать мышцы ног.

Эпидуральная анестезия – медицинская процедура, её выполняет врач-анестезиолог при отсутствии противопоказаний.

Активные движения – основа жизни. Ходьба в первом периоде родов сокращает его продолжительность, уменьшает частоту кесарева сечения и минимизирует потребность в эпидуральной анестезии. Пребывая в вертикальном положении, организм лучше обеспечивает себя кислородом, мышцы тазового дна находятся в более расслабленном состоянии.

В некоторых случаях **врачи** могут **ограничить** свободное поведение. Это возможно при тазовом предлежании (ребёнок рож-

дается попкой вперёд), признаках внутриутробной гипоксии, задержке роста плода, преждевременных, стремительных, быстрых родах, родах с рубцом на матке и др. В таких ситуациях этот нюанс с вами обязательно обсудят.

Участие партнёра в родах поощряют. Эта опция может быть предложена во многих родильных отделениях.

Приём пищи небольшими порциями **возможен**. Вполне допустимо взять с собой шоколадку и подкрепить силы во время периода раскрытия (при отсутствии показаний для оперативного родоразрешения). Питьё воды также приветствуется.

Техники дыхания помогут совладать с болью, уменьшить риск разрывов, сэкономить силы. Применимы следующие методики.

- Плавный вдох через нос, медленный выдох через рот.
- «Пропевание» схватки, использование глубоких гортанных звуков на выдохе помогает расслаблению и вводит в «транс», способствующий переключению внимания и снижающий тревогу.
- При усилении болевого синдрома попробуйте дробное дыхание: два-три резких вдоха и длинный звучный выдох.
- Вдох с протяжным звуком «а» или «о» и продолжительный выдох через сомкнутые губы (представьте себя «лошадкой» и дышите, как она) помогают расслабить мышцы промежности.

Не рекомендованы частое поверхностное дыхание и его задержка. Нехватка кислорода неблагоприятна для плода.

Вне схватки важно **максимально расслабить тело**. Помогают массаж, музыка, ароматерапия. Перинатальные психологи рекомендуют вне схватки общаться с малышом, успокаивая и подбадривая его.

Второй период родов

Второй период родов (он же «период изгнания») – самый ответственный; это время **потуг**. Длится он обычно около 2–3 ч.

Болевые ощущения у всех разной интенсивности, и реагирует каждая роженица на них по-своему. На этом этапе важно **осознанно** прилагать максимум усилий, чтобы **слушать и слышать** акушерку и врача, выполнять их распоряжения. Они – ваши лоцманы, которые проводили этим фарватером много сотен и даже тысяч рожениц до вас.

В периоде потуг роженица ощущает давление головки плода на прямую кишку, и возникает желание сходить в туалет по-большому, то есть **потужиться** – активно сознательно сократить необходимые мышцы. При этом делать это нужно **только с разрешения врачей**, которые таким образом пытаются снизить вероятность разрывов промежности. Если головка плода ещё недостаточно опустилась на тазовое дно, то ранние самостоятельные потуги «не по команде» приводят к переутомлению, недостаточно

эффективному продвижению головки и, как следствие, к кислородному голоданию плода. Врач видит клиническую ситуацию прямо «на месте» — слушайте его, не прекращайте тужиться в самый ответственный момент. Не переживайте по поводу физиологических отпавлений — отхождения кала и мочи, не пытайтесь их сдержать.

С начала потуги (по команде медперсонала) нужно сделать глубокий вдох и долгий выдох через рот. Всё усилие должно быть направлено на промежность, туда, где локализована распирающая боль. Частая ошибка — зажмуривать глаза и «тужиться в лицо».

Если в момент потуги врач просит не тужиться, вызывает дыхание, снижающее внутрибрюшное давление («по-собачьи», «паровозиком»).

Очень ответственный момент — правильно встретить малыша: ему жизненно важны **контакт с кожей матери** (хорошо бы ещё и отца) и **первое прикладывание к груди**. Если ребёнок чувствует себя нормально, его сразу же, ещё до пересечения пуповины, кладут на грудь матери — идеальное для него место отдыха после родов и адаптации к внеутробному существованию. После прекращения пульсации пуповины её пересекают.

Если ребёнку потребуется **медицинская помощь**, её окажет неонатолог или реаниматолог. Нужно набраться терпения, чтобы дать докторам возможность работать, не отвлекаясь. Как только ситуация стабилизируется, у врача появится время подойти к вам, всё рассказать и ответить на вопросы.

И помните: рождение ребёнка — это ещё не конец родового акта! Впереди — третий период родов.

Третий период родов

Роды завершаются третьим периодом (он же «последовый период») — рождением последа (плаценты и плодных оболочек). Обычно это происходит в течение 30 мин.

Затем врач должен убедиться в целостности родовых путей. В этот период матка должна сократиться, что предотвратит послеродовое кровотечение, поэтому родильницу не переводят сразу в послеродовую палату, а оставляют в родовом отделении под наблюдением на 2 ч.

В большинстве современных роддомов существуют условия, позволяющие на это время **не прерывать контакт ребёнка с матерью** и членом семьи, присутствующим на родах.

Что дальше?

Через 2 ч вас переведут в послеродовую палату. Медицинский персонал поможет вам с первым кормлением, купанием и объяснит тонкости ухода за малышом.

Уход и забота необходимы и родильнице!

Первые дни старайтесь прислушиваться к своему организму: если вы устаёте от привычных действий — это абсолютно нормально.

Живот родильницы не опадает и не исчезает в одночасье, однако это не повод расстраиваться: скоро всё придёт в норму. Иногда врач может рекомендовать ношение бандажа, но большинству женщин это не требуется. Не увлекайтесь утягиваниями и бинтованиями, особенно в первые дни: эффективность их не доказана ни одним серьёзным исследованием. Впрочем как и безопасность подобных манипуляций.

Сразу с осиной талией из роддома вы не выйдете. Для выписки лучше приготовить одежду для беременных: она не давит и с большей вероятностью подойдёт вам по размеру.

Кормление грудью необходимо не только малышу, **но и вам самой**. Когда ребёнок сосёт грудь, в организме матери вырабатываются гормоны, которые **помогают матке сократиться**. Именно поэтому во время кормления болевые ощущения в животе могут усиливаться, и это тоже нормально и на самом деле полезно. Если боль сложно терпеть, обратитесь к врачу за обезболиванием (разрешённым для кормящих!): всё-таки вам должно быть комфортно.

Скорость восстановления организма, кроме прочего, зависит от того, насколько хорошо он обеспечен **питательными веществами**, львиную долю которых вы отдавали ребёнку во время беременности.

Кормящая мать должна питаться сбалансированно и разнообразно, а не «есть за двоих»!

Повышенный аппетит связан к тому же с необходимостью вырабатывать молоко для вскармливания ребёнка. А поскольку женское молоко — субстанция, очень насыщенная питательными веществами, защитными иммуноглобулинами, другими полезными белками (их там более 300), витаминами и микроэлементами, то рост потребности в них более чем объясним. Не стоит ограничивать себя в еде, решив сразу же сбрасывать набранный во время беременности вес, однако и переедать, тем более нездоровую пищу, не стоит.

Ваше тело отлично поработало и **заслужило** бережного к себе отношения. В той круговерти, которая у вас скоро начнётся, всё внимание будет уделено именно ребёнку, и это заметит в том числе ваш супруг (партнёр). И если о недостатке внимания он скорее всего заявит открытым текстом, то услышать ваше тело, кроме вас самой, некому. А ваше здоровье необходимо всем — и ребёнку, и супругу, и, самое главное, вам. **SP**

Высокое качество жизни мамы (хорошие самочувствие и настроение) — обязательное условие здоровья малыша!

ВЕЛИКОЛЕПНАЯ ВОСЬМЁРКА

ПЕРЕКЛИЧКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ПОД ЭГИДОЙ МАРС: ИТОГИ 2022 ГОДА

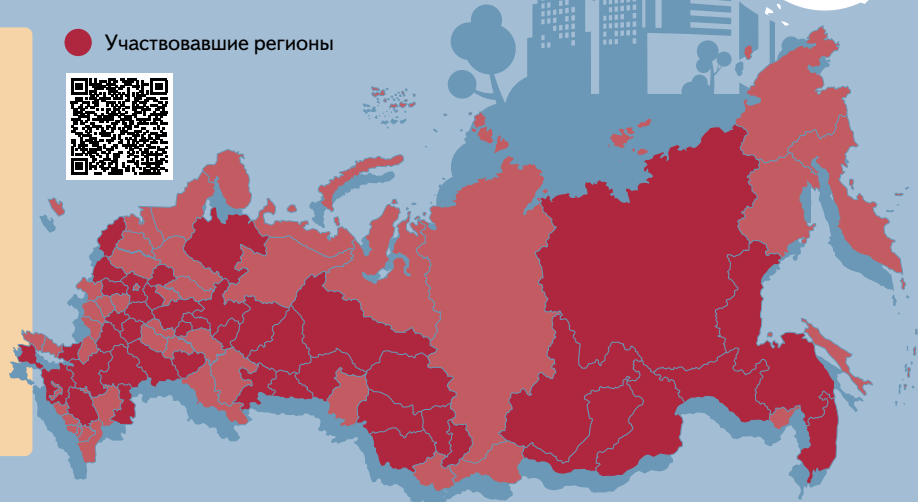


В ПЕРЕКЛИЧКЕ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ 55 ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ:

желающих поделиться профессиональным опытом **становится все больше!**

Дебютанты этого года — перинатальные центры из Владимира, Ижевска, Наро-Фоминска, Нижневартовска, Пскова, Тамбова и даже представителя новых территорий Донецка. Остальные участвуют в мероприятии **не впервые**. Так, коллективы из Томска, Тюмени, Кургана и Кирова представили данные уже в **9-й раз**.

Участвовавшие регионы



	Перинатальный центр	Количество родов в перинатальном центре, n	Доля преждевременных родов, %		Оперативные роды в перинатальном центре		Перинатальная смертность, ‰
					Доля оперативных родов, %	КЭК*	
Областные перинатальные центры	I Нижневартровский окружной клинический перинатальный центр (Нижневартовск; 71 балл)	3859	В перинатальном центре	7,1	34,3	8	2,8
			В регионе	5,8			
	II Владимирский областной перинатальный центр (Владимир; 70 баллов)	3056	В перинатальном центре	12,8	35,2	2,4	5,1
			В регионе	5,9			
	III Алтайский краевой клинический перинатальный центр «Дар» (Барнаул; 66 баллов)	5773	В перинатальном центре	14,1	41,7	1,6	5,7
			В регионе	6,9			
	III Якутская республиканская клиническая больница (Якутск; 66 баллов)	5352	В перинатальном центре	6	36,5	3,4	4,2
			В регионе	6,4			
Городские перинатальные центры	I Екатеринбургский клинический перинатальный центр (Екатеринбург; 72 балла)	9439	В перинатальном центре	9,4	31,7	2,3	5,4
			В регионе	7,6			
	II Иркутский городской перинатальный центр (Иркутск; 71 балл)	6793	В перинатальном центре	8,8	35,1	2,9	4,6
			В регионе	7,5			
	III Перинатальный центр Саратовской городской клинической больницы 8 (Саратов; 70 баллов)	6147	В перинатальном центре	5,9	24,9	7,1	3,5
			В регионе	6,4			
	III Наро-Фоминский перинатальный центр (Наро-Фоминск; 70 баллов)	6248	В перинатальном центре	6,6	24,8	13,9	2,5
			В регионе	5,9			

ВЫВОД:

Перекличка перинатальных центров, проходящая в рамках «Сочинских контраверсий», уже **стала традицией**. Только **открытое обсуждение** успехов и неудач, выявление «болевых» точек, сравнение своих результатов с коллегами поможет **найти резервы** для преодоления сложностей и развития акушерско-гинекологической помощи во всей стране. Присоединяйтесь к юбилейной, десятой перекличке в 2024 году!

* КЭК — коэффициент эффективности кесарева сечения. Его используют прежде всего для оценки влияния частоты абдоминального родоразрешения на перинатальную смертность. Удовлетворительными считают значения КЭК, превышающие 1.