

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#6 [109] 12 / 2024 / StatusPraesens



тема
№

Стереотипам — бой!

12-я Национальная премия «Репродуктивное завтра России» • Магнезиальная терапия преэклампсии незаменима! • Восстановление нормальной микробиоты влагалища — не только дотация лактобактерий • Как разорвать порочный круг рецидивирования вульвовагинальных инфекций? • Казанская школа акушеров-гинекологов и искусственные преждевременные роды • Травмы влагалища и промежности в родах: современный подход к коррекции



Уважаемые коллеги!

В ближайшие 20 лет **демографическая ситуация** в России продолжит оставаться сложной. Несмотря на ожидаемое повышение коэффициента рождаемости с 2024 по 2044 год на 25%, численность населения снизится, согласно прогнозам, на 4,9%. По данным Росстата, к 1 января 2046 года количество жителей нашей страны в базовом сценарии сократится до 138,8 млн, в низком — до 130,6 млн, а в высоком — увеличится до 150,9 млн.

В настоящее время государство уделяет особое внимание **репродуктивному просвещению** населения фертильного возраста. В этом контексте **прегравидарная подготовка** выступает приоритетной задачей, поскольку её качественное осуществление значимо снижает риски для жизни и здоровья будущих матерей и их потомства.

Как известно, шансы на успешное зачатие, вынашивание беременности и рождение **здорового ребёнка** возрастают при отказе обоих партнёров от вредных привычек и модификации образа жизни. При этом мероприятия с участием врача — коррекция уровня половых гормонов, устранение дефицита витаминов и микроэлементов, лечение заболеваний — имеют немаловажное значение. Объём прегравидарной подготовки определяют **индивидуально**, в зависимости от результатов обследования пары, что позволяет не только избежать полипрагмазии, но и повысить комплаентность пациентов.

Для полноценного планирования гестации необходимо усовершенствовать нормативную и материальную базу. Успешная реализация этой программы в равной степени зависит как от организаторов здравоохранения, так и от **рядовых врачей** амбулаторного звена.

Одной из важнейших задач акушеров-гинекологов женских консультаций и фельдшерско-акушерских пунктов выступает **профилактика заболеваний** у пациентов репродуктивного возраста. Результатом работы должно стать снижение показателей материнской и перинатальной смертности.

Дорогие коллеги, все профилактические, диагностические и лечебные мероприятия в отношении **любой женщины** репродуктивного возраста, которая не возражает против беременности, следует **рассматривать как прегравидарную подготовку**. Только такой подход позволит достичь максимальной эффективности в улучшении популяционных показателей.

Засл. деятель науки РФ, засл. врач РФ, докт. мед. наук,
проф., зав. кафедрой акушерства
и гинекологии ДВГМУ **Т.Ю. Пестрикова**

Status

гинекология акуш

6 [109] 12 / 2024 / 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, докт. мед. наук, проф. Виктор Евсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liq.ru)

Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов

Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

Заместитель редакционного директора по науке: канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов

Ответственные секретари редакции: Полина Геннадьевна Плешкова, Валентина Андреевна Тихонова

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, Ольга Быкова, Анна Жукова, Мила Мартынова, Никита Катаев

Препресс-директор: Нелли Демкова

Художественный директор: Лина Тавдумазе

Арт-директор: Латип Латипов

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скуточкина

Выпускающие редакторы: Марина Осипова, Александра Лакодина

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

Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская

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

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

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется 000 «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 26 декабря 2024 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в 000 ПО «Периодика», 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №29263. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак») обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдумазе с использованием нейросети MidJourney. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка iStock.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

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

maesen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радинский Виктор Евсеевич

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамьян Лейла Владимировна (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Андреева Маргарита Дарчоевна (Краснодар)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)
Виноградова Ольга Павловна (Пенза)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
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)
Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Соленск)
Коноплянников Александр Георгиевич (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Кулешов Виталий Михайлович (Тюмень)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Кущенко Ирина Георгиевна (Томск)
Лебедеенко Елизавета Юрьевна (Ростов-на-Дону)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)

Мингалёва Наталия Вячеславовна (Краснодар)
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)
Оленев Антон Сергеевич (Москва)
Олина Анна Александровна (С.-Петербург)
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 (Майкоп)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)
Роговская Светлана Ивановна (Москва)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)
Салов Игорь Аркадьевич (Саратов)
Самойлова Алла Владимировна (Москва)
Сахутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семёнов Юрий Алексеевич (Челябинск)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Толибова Гулрухсор Хайбуллоевна (С.-Петербург)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Филиппов Олег Семёнович (Москва)
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)
Юпатов Евгений Юрьевич (Казань)

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

Ревизия исхоженных маршрутов

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф. В.Е. Рагзинский о критическом осмыслении привычных действий и бережной интеграции опыта прошлого в настоящее

Согласно стратификации доказательств — мнение эксперта, даже самого именитого, в настоящее время не имеет такого веса, как было раньше. Следовательно, апелляция к авторитету — слабый аргумент. Однако это не означает, что допустимо манкировать опытом прошлого. Стремительное совершенствование медицины до того умопомрачительного уровня, который мы наблюдаем сегодня, было бы просто невозможно без наших предшественников.

14

НОВОСТИ

21

ШКОЛА ЮРИДИЧЕСКОЙ
САМООБОРОНЫ

Сами мы не местные...

Интервью с зам. главного врача по кадровой и юридической работе Екатеринбургского клинического перинатального центра Оксаны Викторовны Курикаловой

Иванов А.В.



Реальные затраты на родовспоможение пациенткам из стран ближнего зарубежья и выхаживание их новорождённых вообще никто не возмещает. Парадокс: вроде бы всё определено в законодательстве, только не всегда работает. Ответ на вопрос «кто и за что платит?» зависит от целого ряда факторов. Любое нарушение правил будет означать нецелевое использование финансовых средств. Часто у нас нет реально работающих инструментов, позволяющих урегулировать оплату медицинской помощи на уровне консульств или посольств, несмотря на наличие межгосударственных договоров.

27

VIA SCIENTIARUM

Не опять, а снова

Трудности терапии рецидивирующих вульвовагинальных инфекций

Савичева А.М., Жукова А.И.

Когда болезнь возвращается вновь и вновь, она становится не только клинической, но и психосоциальной проблемой. Пагубно отражаясь на психическом и сексуальном здоровье, рецидивирующие вульвовагинальные инфекции значительно снижают качество жизни, выступают причиной тревожных и депрессивных расстройств. Стандартная терапия по-прежнему даёт удовлетворительные результаты, однако рост устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам заставляет искать альтернативные пути её преодоления.



StatusPraesens самый читаемый* ЖУРНАЛ

критическое мышление —
НАШЕ ВСЁ



ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ

«StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак»

✓ На сайте praesens.ru.

✓ На мероприятиях StatusPraesens.

✓ В почтовых отделениях.
По каталогу «Почта России» — индекс ПН347

✓ В редакции.
Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3

Стоимость годовой подписки (шесть номеров):

• печатная + электронная версии — **1800 руб.** (с доставкой по РФ)

• электронная версия — **900 руб.**

! Выпуски журналов можно приобрести на **OZON**

+7 (901) 723 2273 • praesens.ru

* Журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» занимает первое место по читаемости (60,6%) среди профильных изданий, по оценке гинекологов амбулаторного звена, по результатам исследования Medi-Q™ «Мнение практикующих врачей», проведенного ООО «Ипсос Комкон» осенью 2020 года в 21 крупнейшем городе России.

StatusPraesens
profmedia

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

35 РЕФРЕШИНГ



Двенадцатый элемент

Магнезиальная терапия преэклампсии: контрарверсии продолжаются

Рагзинский В.Е., Князев С.А., Дьяконов С.А., Раевская О.А.

Согласно актуальным клиническим рекомендациям, магния сульфат — препарат первой линии для профилактики и лечения судорог, обусловленных преэклампсией и эклампсией. Многие десятилетия магнезиальная терапия выступает главным инструментом врачей в борьбе с материнской смертностью вследствие тяжёлой преэклампсии. Магния сульфат не устраняет причину критического состояния, но предоставляет выигрыш во времени и даёт возможность или транспортировать пациентку в медицинское учреждение более высокого уровня, или обеспечить прибытие специализированной помощи.

41 ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ ДОКАЗАТЬ

Успеть за четверть часа

Типичные портреты пациенток гинеколога (по материалам выступлений засл. деятеля науки РФ, члена-корр. РАН, проф. В.Е. Рагзинского, засл. деятеля науки РФ, проф. М.Б. Хамошиной, канд. мед. наук Д.С. Зубкова, доц. Е.С. Ковригиной)

Дьяконов С.А.

Спектр причин посещения акушеров-гинекологов существенно преобразился даже по сравнению с началом XXI в., не говоря уже о более отдалённых периодах. Конечно, стабильно преобладает высокая обращаемость пациенток по поводу патологических выделений из половых путей, но за «завесой белёй» усложнилась ситуация с экстрагенитальными заболеваниями и выросла распространённость гинекологических раков. К тому же возбудители вагинитов и вагинозов также изменились — в отношении как видового состава, так и параметров антибиотико- и антимикотикорезистентности.

57 BACK-UP



На пути к восстановлению

Вагинальная микробиота: ключ к женскому здоровью и благополучию

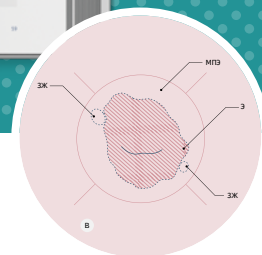
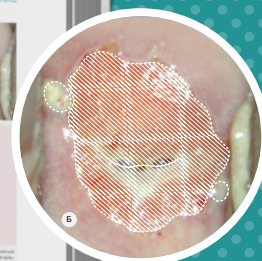
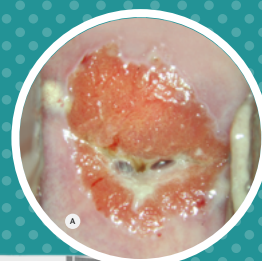
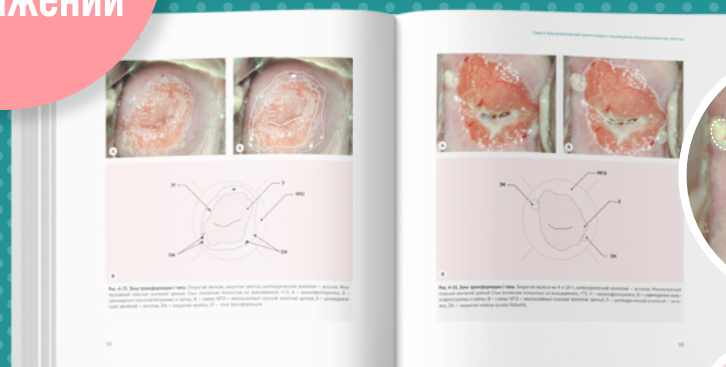
Гизингер О.А., Катаев Н.А.

Понимание того, что инфекции в составе сообществ обретают новые свойства, включающие снижение чувствительности к этиотропной терапии, заставляет исследовать различные способы воздействия. Многократное увеличение доз в условиях *in vivo* недостижимо из-за неблагоприятного влияния высоких концентраций химических веществ на ткани. Именно поэтому учёные рассматривают множество подходов, позволяющих преодолеть биоплёночную защиту микроорганизмов, вызывающих инфекционные заболевания.

БЕСТСЕЛЛЕР!

**ЕДИНСТВЕННЫЙ
В РОССИИ
ОБУЧАЮЩИЙ
АТЛАС**

**Более 300
уникальных
изображений**



**ПРОЙДИТЕ ПУТЬ
от кольпофотограммы
к графическому
кольпоскопическому заключению!**

По вопросам приобретения: +7 (901) 723 2273 (WhatsApp); praesens.ru



status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

63 РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

Преждевременность во благо

К учению об искусственных преждевременных родах в Казани: истоки, развитие

Козлов Л.А., Чикмарева К.А.

В декабре 2024 года Научно-практическому обществу казанских врачей акушеров-гинекологов исполнилось 100 лет. В масштабах истории — миг. Сквозь призму эволюции отрасли — огромный пласт событий. Вклад учёных трудно переоценить: активные научные разработки, организация флагманских центров оказания медицинской помощи женщинам и детям, верность традициям основателей казанской школы акушеров-гинекологов. На этом большом пути внимание исследователей было приковано к самым разным клиническим проблемам, в том числе к преждевременным искусственным родам.

73 ОПЕРАЦИОННАЯ

Функция и эстетика

Травмы влагалища и промежности в родах: взгляд тазового хирурга
Глухов Е.Ю.

Перинеология — одно из наиболее контраверсионных направлений акушерства и гинекологии. Сейчас нет протоколов с информацией о возможных подходах к ведению пациенток с травмами промежности и сопутствующими нарушениями функций тазовых органов. Однако игнорировать пролаптологические проблемы нельзя. Тактика лечения и реабилитации зависит от степени тяжести нарушений. В некоторых ситуациях достаточно консервативных методов. Другим пациенткам необходимы объёмное реконструктивно-пластическое вмешательство и комплекс дополнительных мероприятий.

79 CASUISTICA

Прерванная связь

Отслойка плаценты и матка Кувелера:
разбор клинической ситуации

Шарданова И.Р.

Отслойка плаценты — одно из наиболее серьёзных осложнений III триместра гестации. Если вовремя не начать лечение, она способна поставить под угрозу жизнь матери и ребёнка. Факторы риска включают наличие этого состояния в анамнезе, хроническую артериальную гипертензию, преэклампсию, гестационный сахарный диабет, анемию и иные нарушения. Точное прогнозирование и профилактика отслойки плаценты невозможны. Диагностика по-прежнему клиническая, именно поэтому важно хорошо знать симптомы, быстро их выявлять и экстренно предпринимать необходимые меры.

84 ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

РЕВИЗИЯ ИСХОЖДЕННЫХ МАРШРУТОВ

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук,
проф. В.Е. Радзинский о критическом осмыслении привычных действий
и бережной интеграции опыта прошлого в настоящее



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

История о том, как из поколения в поколение переходила **традиция** отрезать крылья перед запеканием рождественского гуся, имеет множество вариаций. Отличаются обстоятельства, блюда и бытовая техника, габариты которой **когда-то** не вмещали тушку целиком, что, собственно, и стало причиной зарождения паттерна. При этом основная идея остаётся неизменной — **слепо следуя примеру**, можно попасть впросак.

Всегда нужно понимать, что и для чего делаешь, почему так, а не иначе. Кроме того, согласно принятой стратификации доказательств, мнение эксперта, даже самого именитого, в настоящее время не имеет такого веса, как было раньше. Следовательно, **апелляция к авторитету — слабый аргумент**. Однако это не означает, что допустимо манкировать опытом прошлого. Отнюдь! Стремительное совершенствование медицины до того умопомрачительного уровня, который мы наблюдаем сегодня, было бы просто невозможно без наших **предшественников**.

Теперь дело за нами. Сможем ли мы сохранить лучшее, стать достойным примером и вдохновить поколение будущих врачей на дальнейшие свершения? Миссия непростая — молодые специалисты чрезвычайно **требовательны** и **критичны**. Но постараться всё-таки стоит...

Для того чтобы добиться успеха в каком-либо начинании, необходимо регулярно уделять время совершенствованию навыков, постоянно пополнять теоретическую базу. За кулисами грандиозных достижений кроются колоссальные **целенаправленные усилия**.

Правило 1Ф ФФФ часов, согласно которому нужно уделить именно столько времени на какое-либо ремесло, чтобы стать в нём экспертом, хотя и выступает весьма приблизительным ориентиром, всё же представляется любопытным. Оно мотивирует работать над собой **стабильно** и **упорно**. Уровень нашего мастерства — в первую очередь результат наших собственных действий, и только после — predisposition, талант, удача и другие факторы. В этом аспекте медицина — не исключение.

Труд врачей важен и ценен, даже больше — **бесценен!** Десятилетия непрерывного образования, рутинная из ежедневно повторяющихся задач, полученные на собственной практике знания и опыт, успехи и неудачи. Этот путь проходит каждый из нас, чтобы помогать в самом главном для любого человека — **сохранять здоровье**, восстанавливать качество жизни, порой и **спасать её**.



Современного акушера-гинеколога можно назвать специалистом **широкого профиля**. Многие патологические состояния, с которыми пациентки обращаются к нам на приём, ассоциированы с **эндокринными нарушениями**. Реализовать предиктивный подход и выявить факторы риска чрезвычайно сложно, если не наладить коммуникацию с женщиной, что обуславливает необходимость погружения врача в основы **психологии**. Предупреждение осложнений и оздоровление в целом немислимы без соблюдения рационального питания и активного образа жизни. Однако что именно нужно делать, а чего следует избегать, не всегда очевидно, и общих фраз будет недостаточно.

[Уровень нашего мастерства — в первую очередь результат наших собственных действий, и только после — предрасположенность, талант, удача и другие факторы. В этом аспекте медицина — не исключение.]

Между тем в конкретных диетологических рекомендациях, а также в определении **полезных и безопасных физических нагрузок** заинтересованы многие женщины, особенно беременные. Чрезвычайно важно, чтобы их озвучивал настоящий эксперт, который понимает, о чём говорит. В противном случае эту нишу займут абсолютно некомпетентные лица, цель которых не помощь, а обогащение.



Порой нестандартные ситуации требуют от врачей демонстрировать навыки импровизации (по закону жанра — хорошо спланированной и отрепетированной). Причём не только в рамках ведения пациенток с нетипичным течением заболеваний, парадоксальными реакциями на лечение или другими клиническими казусами. Так, например, в родильный дом может поступить женщина, которая **не имеет полиса ОМС**, поскольку прибыла в нашу страну из другого государства.

Нередко такие женщины поступают в стационар практически **не обследованными** и входят в группу **высокого риска** —

у трети из них возникают состояния, требующие дорогостоящей интенсивной терапии. Более того, пациентка может не владеть русским языком, следовательно, коммуницировать с ней будет непросто. Каким образом специалисту выстроить тактику действий, чтобы избежать проблем с документацией и контролирующими органами, — читайте в текущем выпуске журнала в рубрике «Школа юридической самообороны».



Эксперты ВОЗ рассматривают любые роды как **критический период** для выживания матери и ребёнка. Это обусловлено в первую очередь необходимостью соблюдать определённую настороженность, оценивать риски и действовать

с их учётом. По данным Росстата, за последние несколько лет **материнская смертность** находится примерно на одном уровне (значимый подъём мы наблюдали только в пандемию). Основные причины практически не меняются: кровотечения, септические осложнения, акушерская эмболия и преэклампсия. Порой события развиваются внезапно, молниеносно и по неблагоприятному сценарию, не оставляя шанса спасти женщину. Однако многие состояния **управляемы и предотвратимы!**

Примерно 10–15% материнских смертей связаны с **преэклампсией**. Необходимо отметить, что это патологическое состояние может проявлять себя неспецифично, успешно скрываться за маской различных **экстрагенитальных заболеваний**, частота которых, к слову, неумолимо растёт. Именно поэтому так важно (**жизненно важно!**) обращать внимание на любую жалобу, на каждый симптом во время гестации. Однако реакция должна быть адекватной — без необоснованных госпитализаций «на всякий случай», полипрагмазии и гипердиагностики.

Что касается преэклампсии — это грозное состояние, которое мы **можем прогнозировать**. Если же предотвратить развитие не удалось, в нашем арсенале есть средство, позволяющее выиграть время и маршрутизировать пациентку в родовспомогательное учреждение более высокого уровня. Притом оно недорогое, простое и проверенное временем, его используют в акушерстве и гинекологии более 90 лет. Это — **магния сульфат**. Лучше него для предотвращения судорог ничего нет. Магnezияльная терапия по праву один из главных инструментов в борьбе с материнской смертностью, «золотой стандарт» и **препарат первой линии** тяжёлой преэклампсии согласно актуальным клиническим рекомендациям «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде».

При этом **поступат** клинических рекомендаций «Магния сульфат не рекомендован при умеренной ПЭ», **вводящий в заблуждение** некоторых акушеров-гинекологов, не может служить основанием для отсрочки начала лечения. Любую преэклампсию надлежит рассматривать как тяжёлую, пока не доказано обратное. Именно такой подход, а не ожидание развёрнутой клинической картины позволит снизить материнскую смертность.



Гораздо сложнее обстоит дело с **акушерскими кровотечениями**. Ассоциированные с ними патологические состояния, как правило, возникают неожиданно и требуют от врачебной бригады **быстрого реагирования**. От готовности специалистов и материально-технического обеспечения зависит жизнь матери и плода.

Примерно в 3,5% при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты выявляют матку Кувелера (маточно-плацентарную апоплексию). В текущем выпуске представлен показательный пример **мультидисциплинарного подхода** к лечению критических акушерских состояний. Коллеги из перинатального центра г. Нальчика (Кабардино-Балкария) приняли взвешенное решение **отложить** радикальное хирургическое вмешательство и сохранили матку молодой женщине.



С каждым годом растёт частота искусственных родов, включая индукцию и операцию кесарева сечения. Это обусловлено увеличением количества пациенток, чью беременность сопровождает высокий риск перинатальных и акушерских осложнений. Нередко к таким подходам прибегают при родоразрешении женщин с **ожирением**, сахарным диабетом и другими экстрагенитальными патологическими состояниями, первородящих **позднего репродуктивного возраста**.

Изучению **преждевременных искусственных родов** посвящены труды представителей Научно-практического общества **казанских врачей акушеров-гинекологов**, которое в декабре 2024 года отметило вековой юбилей. Контраверсионность подходов активно обсуждали эксперты в рамках профессиональных дискуссий, результаты исследований анализировали с пристрастием, делали выводы и прогнозы о потенциале методик в будущем. В настоящее время работа в этом направлении продолжается с учётом данных, которые получили основатели казанской акушерско-гинекологической школы. Это **история, нужная сегодня**.



Одно из тех немногих направлений, в которых предиктивный подход трудно реализуем, — акушерский травматизм. Многие женщины сталкиваются с **разрывами в родах**, и значимо повлиять на этот феномен мы не в силах. Кроме того, до сих пор распространены перинео- и эпизиотомия несмотря на то, что преимущества этих манипуляций весьма спорные.

Ослабление мышц тазового дна и дефекты соединительнотканых структур промежности приводят к формированию **пролапса**. Для того чтобы сохранить качество жизни, необходимо как можно раньше начинать восстановительные мероприятия.

В настоящее время не разработан стандартизированный подход к составлению программы послеродовой реабилитации. Однако это **не повод игнорировать** пролаптологические проблемы. Сегодня доступны и объёмные реконструктивно-пластические хирурги-

ческие вмешательства, и неинвазивные мероприятия, позволяющие восстановить функции, архитектуру тазовых органов и эстетику гениталий, сохранить здоровье и качество жизни женщин. Конкретные рекомендации зависят от **клинической ситуации**, а также от индивидуальных предпочтений пациентки. Подробнее о возможных опциях читайте в статье текущего выпуска «Травмы влагалища и промежности в родах: взгляд тазового хирурга».



Недостаточность мышц тазового дна — одна из возможных причин **рецидивов** вагинальных инфекций и дисбиотических нарушений влагалищной микрофлоры. Патологические выделения из половых путей — наиболее частый повод обращения к акушеру-гинекологу. Около 138 млн пациенток в мире ежегодно сталкиваются с кандидозным

вульвовагинитом, и, по прогнозам экспертов, в дальнейшем показатель только продолжит расти. Это заболевание «бьёт» **по самой активной репродуктивной категории** — женщинам 25–34 лет.

Бактерии, вирусы и грибы эволюционируют, адаптируются к действию медикаментов. Многим лекарственным препаратам, которые ранее эффективно справлялись с поставленной задачей, теперь не под силу обуздать некоторых представителей микробного мира. Любому практикующему специалисту известно о тревожном феномене распространения **антибиотикорезистентности**, остановить которую, увы, невозможно.

Устойчивость патогенов растёт также и к медикаментам других групп, в частности к противогрибковым средствам. Во многом потому, что женщины бесконтрольно и под воздействием рекламы **занимаются самолечением**. Именно поэтому так важно донести до них информацию о чётком выполнении



© Sergey Tynyakov / Коллекция/Fotok

[Для того чтобы добиться успеха в каком-либо начинании, необходимо регулярно пополнять теоретическую базу. За кулисами грандиозных достижений кроются колоссальные целенаправленные усилия.]

[Авторитет доктора уже не непререкаем! Женщины не готовы беспрекословно выполнять назначения врача, всё чаще обращаются за вторым мнением, изучают отзывы о специалистах на интернет-порталах.]

предписаний врача. От этого зависит успех терапии и полноценное выздоровление. **Ещё раз подчеркнём:** говорите со своими пациентками, объясняйте им медицинские нюансы, убеждайте в необходимости правильного приёма препаратов.



Рецидивирующее течение вагинальных инфекций ассоциировано со **значимым снижением качества жизни** — нет никакого желания работать и заниматься собственными делами, страдают отношения с близкими и партнёром, возникают проблемы в сексуальной сфере. Всё это неизбежно влечёт за собой психологические расстройства, тревожность, депрессивные состояния.

Бактериальный вагиноз выявляют примерно у **каждой четвёртой** пациентки, обратившейся к акушеру-гинекологу. Даже назначение самых современных **препаратов не позволяет вылечить всех и всегда**. С рецидивами ситуация ещё хуже: «передышка» оказывается короткой, и симптомы заболевания возвращаются практически сразу у половины женщин, а через полгода — у 75%. Мы его **лечим, но не излечиваем**.

Повторные курсы антибиотикотерапии позволяют добиться лишь временного улучшения. И тут важно помнить: бессмысленно продолжать **делать то же самое и ждать других результатов**. Более того, то, что работало раньше, может однажды оказаться бесполезным, и к этому нужно быть готовым.

Опять **ищем причину**. Бездействие или низкая квалификация врачей? Нет, наши специалисты знают и предпринимают правильные меры. Отсутствие нужных медикаментов на фармакологическом рынке? Напротив, обеспечение населения лекарственными препаратами отличное. Что же тогда мешает достичь хороших результатов? Всё те же **ставшие очень живучими** представители микробного мира. Они могут быть не-

восприимчивы к действию самых сильных противомикробных средств, к тому же нередко объединяются друг с другом в **ассоциации**, чтобы быть ещё неуязвимее. Разрушить биоплёнку гораздо сложнее, чем отдельно взятый и независимый патоген.

Впрочем, одного только избавления от возбудителей заболевания будет **недостаточно**. Крайне важен и второй этап так называемой двухступенчатой терапии вагинальных инфекций. Он предполагает восполнение пула лактобактерий после лечения. Увы, этим часто пренебрегают: патоген элиминирован, симптомы отсутствуют, зачем же нужно что-то дополнительно?

Между тем важнейший фактор сохранения репродуктивного здоровья женщины — преобладание палочек Додерлейна. Именно они обеспечивают нормальную влагалищную среду и оказывают мощное **протективное действие** против различных воспалительных гинекологических заболеваний, в том числе против бактериальных и грибковых.



При назначении лекарственного препарата всегда нужно учитывать несколько составляющих. Один из ключевых факторов — наличие в инструкции по применению показаний, соответствующих диагнозу. Такой подход верен с точки зрения нормативно-правового регулирования, а также повышает **доверие** пациенток, склонных верифицировать каждую рекомендацию.

Авторитет доктора уже **не непререкаем!** Женщины не готовы беспрекословно выполнять назначения. Они будут обследоваться и лечиться там, где хотят, а не где «положено по месту регистрации», всё чаще обращаются за вторым мнением, изучают отзывы о специалистах на интернет-порталах и читают блоги экспертов.

«Врачебный патернализм» закончился. Мы должны быть готовы

ответить на любые вопросы и дать аргументированные ответы, потому что женщины всё перепроверят. Они прислушиваются к рекомендациям доктора, только если считают его **достаточно компетентным**.

Кроме того, всегда необходимо помнить, что многие наши современницы глубоко осведомлены по юридическим вопросам и при возникновении конфликтной ситуации используют все доступные инструменты для «защиты своих прав», начиная от жалоб главврачу, Минздраву, вплоть до инициации судебных разбирательств. **Портрет пациентки** не изменится при нашей жизни. Теперь перестраиваться надо нам, поскольку без этого никакой «партиципативности» быть не может! Это единственная возможность делать нашу работу качественно и плодотворно.



Специалисты репродуктивной медицины стоят на особой ступени, ведь от них зависит две жизни — будь то участковый акушер-гинеколог, отвечающий за прегравидарную подготовку, или репродуктолог, который лечит бесплодие. Наша общая цель — **оздоровление женщин и рождение здоровых детей**.

Каждую осень в рамках «Сочинских контраверсий» попечительский совет премии «Репродуктивное завтра России» награждает лауреатов настоящим медицинским «Оскаром». Текущий год не стал исключением, и состоялась **уже 12-я** торжественная церемония. Это грандиозное мероприятие всегда проходит в праздничной и дружественной атмосфере, а эмоции, полученные здесь, незабываемы.

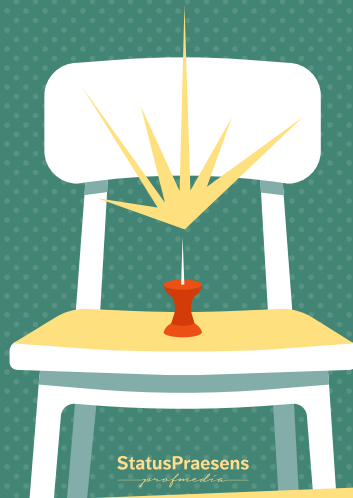
Каждый раз организаторы премии получают огромное количество заявок. Выбрать **лучших из лучших** всегда не просто. Все кандидаты имеют большой практический опыт и достойны лучших наград. Помимо выдающихся профессиональных компетенций и достижений в науке и практике, попечительский совет учитывает **человеческие качества** — чуткость к пациенткам и авторитет коллег. Сердечно поздравляю всех победителей. **SP**

2000
руб *

В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, И.Н. Костин

Эрратология

Диссертация по клинической
медицине

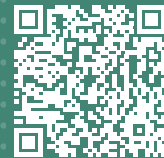


БЕЗ ОШИБОК — К ИСТИНЕ!

Рекомендации и наработки эрратологии позволят
избежать оплошностей и сэкономить время
на пути к **УСПЕШНОЙ ЗАЩИТЕ ДИССЕРТАЦИИ.**

По вопросам приобретения:
+7 (901) 723 2273 (WhatsApp)

* Стоимость при самовывозе из редакции.



praesens.ru

Ре-
фре-
шинг

StatusPræsens

Для библиографических ссылок

• Радзинский В.Е., Князев С.А., Дьяконов С.А., Раевская О.А. Магнезиальная терапия преэклампсии: контрарверсии продолжаются // StatusPræsens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №6 (109). — С. 35–38.

двенадцатый элемент

Магнезиальная терапия преэклампсии: контрверсии продолжаются



Авторы: Виктор Евсеевич **Раdzинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН; Сергей Александрович **Князев**, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ им. М.П. Кончаловского, доц. той же кафедры; Сергей Александрович **Дьяконов**, канд. мед. наук; Ольга Анатольевна **Раевская**, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

В 1934 году ленинградский акушер-гинеколог Дмитрий Павлович **Бровкин**, назначая сернокислый магний — так в те времена было принято называть **магния сульфат** — своим пациенткам, вряд ли рассчитывал, что открывает новую эпоху **неотложной помощи** в акушерстве и гинекологии. В 1948 году он подвёл первые итоги — в группе 967 женщин удалось снизить материнскую смертность при эклампсии до 3,5% и мертворождения до 8%¹.

Внедрение магния сульфата в схему лечения тяжёлых форм «позднего токсикоза» — так тогда называли группу гипертензивных осложнений беременности — **позволило отказаться** от частого применения наркотических средств в пользу более безопасных для женщин подходов².

За 90 лет в акушерстве и гинекологии изменилось многое, но сульфат магния по-прежнему служит единственным медицинским инструментом, способным **достоверно отсрочить** наступление эклампсии. Все современные алгоритмы интенсивной терапии обязательно включают этот препарат в качестве базисной. Его по праву считают «золотым стандартом» **предотвращения судорог**.

Магний — второй по распространённости после калия внутриклеточный катион человеческого организма, участвующий более чем в **600 ферментативных реакциях**. Он особенно значим для обеспечения физиологического функционирования головного мозга, сердца и скелетных мышц, и его дефицит способствует успешному лечению преэклампсии (ПЭ), мигрени, депрессии,

сердечно-сосудистых заболеваний и астмы. При этом магний остаётся «забытым» ионом, содержание которого обычно не подлежит оценке в рамках стандартного обследования³.

Ещё одна возможная «магниева вспышка» интересна ассоциирована с ролью 12-го элемента периодической таблицы Менделеева в старении. С возрастом потребление магния падает, нарушается его всасывание в кишечнике и растёт экскреция с почками. Поддержание оптимального баланса магния на протяжении всей жизни может помочь предотвратить окислительный стресс и ассоциированные со старением хронические нарушения⁴.

Тем не менее при ведении женщин репродуктивного возраста для акушера-гинеколога наиболее значимо использование магния у пациенток с ПЭ, которая



© pixland / Коллекция/Stock

[Кокрейновский обзор 2019 года (11 444 пациентки) показал, что назначение магния сульфата при ПЭ снижает риск гибели матери на 46%, аналогичное падение описано и для риска эклампсии.]

остаётся одной из важнейших нерешённых акушерских проблем и нередкой причиной гибели матерей.

Почему гибнут женщины?

В России в 2022 году материнская смертность сократилась в 2,8 раза по сравнению с «коронавирусным» 2021 годом, но она по-прежнему высока — умерло 170 женщин. За непрямыми аку-

шерскими причинами, кровотечениями и эмболией следуют «отёки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности» — от этой причины погибло десять (5,9%) пациенток⁵.

Своевременной диагностике ПЭ препятствует неспецифичность проявлений — акушеры-гинекологи стали хуже видеть «свои» осложнения за «экстренитальной завесой». При тромбоцитопении беременных направляют к гематологу для поиска аутоиммунных причин, при повышении концентрации печёночных ферментов — вызывают гепатоло-

га. Если болит эпигастральная область или голова — врачи ищут любую причину, но только не диагностируют тяжёлую форму ПЭ. При этом недооценка и отсутствие мониторинга пациенток при манифестации осложнений беременности могут быть фатальны⁶. Это вопрос классического акушерского образования.

Не секрет, что существующие схемы терапии ПЭ с использованием препарата группы фенилэтиламина метилдопы далеки от идеала, — в частности, это средство ассоциировано с повышением риска послеродовой депрессии⁷. Способна ли магниевая терапия закрыть существующие бреши профилактики тяжёлых осложнений?

Магния сульфат не устраняет причину критического состояния, но предоставляет выигрыш во времени и даёт возможность или транспортировать пациентку в учреждение более высокого уровня, или обеспечить прибытие специализированной помощи. Таким образом, правильно подобранная магниевая терапия предотвращает смертность от ПЭ.

Согласно актуальным российским клиническим рекомендациям магния сульфат — препарат первой линии для профилактики и лечения судорог при ПЭ и эклампсии¹. Многие десятилетия магниевая терапия служит главным инструментом врачей в борьбе с материнской смертностью, обусловленной тяжёлой ПЭ. У неё практически не бывает осложнений, её легко контролировать по уровню микроэлемента в крови.

Магния сульфат вводят в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10–15 мин, затем по 1 г/ч (4 мл/ч 25% раствора). Эти дозы менее токсичны для матери и оказывают одинаковый клинический эффект в сравнении с дозами (6 г болюсом и 2 г/ч), рекомендованными ранее. Если уровень креатинина ниже 97 мкмоль/л (1,1 мг/дл), поддерживающая доза может составлять 2 г/ч.

Механизм действия

Механизмы действия магния сульфата изучены не полностью, но, согласно актуальным научным и клиническим данным, этот препарат эффективен не только при противодействии судорожному синдрому. Позитивное воздействие

магния сульфата основано на патогенезе ПЭ: **генерализованный сосудистый спазм** обусловлен тем, что плацента, недополучая кислорода и питательных веществ из-за неполноценности спиральных артерий, «накачивает» давление в сердечно-сосудистой системе. На каком-то этапе **вазопрессорные влияния** преобладают, отсюда дальнейшее усугубление страданий плода и риск судорожного синдрома как реализация кислородного голодания мозга.

Магния сульфат **расширяет капиллярное русло**, улучшая кровоснабжение. Без расширения микроциркуляторного русла антигипертензивная терапия может привести к дальнейшему сокращению периферического кровотока и клиническому ухудшению.

Необходимо отметить, что новые российские клинические рекомендации 2024 года «Презeklampсия. Эklampсия. Отёки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде» повторяют вслед за предыдущей их версией: «он [т.е. магния сульфат] оказывает противосудорожный, а не гипотензивный эффект»⁸.

Конкретно этой формулировки нет в использованных при составлении гайдлайна источниках, которые подчёркивают противосудорожное значение препарата^{9–11}. Это неудивитель-

но — клинические исследования демонстрируют статистически **значимое снижение** систолического и диастолического **артериального давления**, а также улучшение кровотока в маточной артерии, в пупочной и среднемозговой артериях плода по результатам доплерометрии^{12,13}.

У сороки на хвосте

Важнейшим подтверждением клинического значения магнeзиальной терапии при ПЭ стало крупное международное рандомизированное контролируемое исследование назначения магния сульфата для **предотвращения eklampсии (MAGnesium sulphate for Prevention of Eclampsia, Magpie; англ. «сорока»)**, результаты которого увидели свет в 2002 году. Специалисты показали, что риск eklampсии был на 58% ниже, чем при использовании плацебо (95% ДИ 40–71%); наблюдали также выраженное снижение риска материнской смерти¹⁴.

Кокрейновский обзор 2010 года (n=11 444), включивший результаты Magpie и менее обширных исследований, показал, что назначение магния сульфата при ПЭ **снижает риск гибели матери на 46%**, аналогичное падение описано и для риска

Хорошее — враг великого

При всём уважении к персонализированному подходу в подбoре лечения и **снижению полипрагмазии** необходимо выступить с дополнением по этому вопросу. Сульфат магния, безусловно, достаточно активная и небезобидная химическая субстанция, применение которой не должно быть рутинным.

Однако попытка оставить тяжёлую ПЭ в качестве критерия назначения сульфата магния привела к **неожиданным последствиям**. Фраза из прежних клинических рекомендаций «Магния сульфат не рекомендован при умеренной ПЭ», а также **сомнительный комментарий** «Введение магния сульфата в качестве плановой терапии при умеренной ПЭ во время беременности не предотвращает прогрессирования ПЭ» привели к изменению тактики ведения этих пациенток, в ряде случаев закончившейся **фатально**.

Начнём с комментария: «не предотвращает прогрессирования ПЭ». Честно говоря, мы не встречали акушеров-гинекологов или анестезиологов, веривших, что прогрессирование ПЭ вообще возможно предотвратить. А вот замедлить этот процесс магния сульфат вполне в состоянии. Однако про этот **принципиальный момент** в комментариях ни слова.

Новые рекомендации не изменили содержание основного тезиса, однако дополнили комментарий: «В то же время, учитывая, что eklampсия может произойти на фоне ПЭ любой степени тяжести, противосудорожная терапия сульфатом магния является первостепенной при лечении ПЭ». Несмотря на **явный намёк на базисную терапию** сульфатом магния (что и делали во всех передовых учреждениях более 10 лет назад), формулировка «не рекомендован при умеренной ПЭ» продолжает **провоцировать порочный ход мыслей** врачей родильных домов.

Большинство пациенток с этим осложнением беременности доставляют в учреждение бригадами СМП, которые успевают ввести магнeзию или гипотензивные препараты. И на момент поступления выраженной гипертензии может и не быть. ПЭ расценивают как умеренную и беременную начинают обследовать. При этом магнeзиальной терапии она не получает — стартовая точка для её начала стала ассоциироваться с фактом подтверждения, что ПЭ тяжёлая, а до этого пациентке назначают антигипертензивную терапию. Последняя лишь маскирует уровень гипертензии, и за время клинeко-лабораторного обследования, которое выполняют отнюдь не в режиме «cito!» (куда спешить, не тяжёлая же!), клинeка тяжёлой ПЭ — а порой и eklampсии! — успевают развернуться во всей красе, проявляясь отслойкой плаценты, гибелью плода, судорожным или HELLP-синдромом.

Жестокая ирония: мы сами выращиваем большой акушерский синдром в своём стационаре. Нередко трагические случаи сопровождаются банальным игнорированием симптомов, существовавших на догоспитальном этапе: указание в сопроводительном листке бригады СМП на повышение АД до 180/100 мм рт.ст., головная боль, протеинурия 3+ на тест-полоске в ЖК, послужившая причиной направления в стационар, и прочие.

Попытка снизить частоту применения сульфата магния похвальна, но начинать надо не с этого. До тех пор пока мы не уверены в степени тяжести ПЭ, не говоря уже о случаях, когда был отмечен хоть один симптом, говорящий о тяжёлом течении, пациентка должна вестись соответственно этому, пока не доказана «умеренность» ПЭ. Соответственно, магнeзиальная терапия, позволяющая нам более безопасно пройти период диагностического поиска, должна быть.

эклампсии¹⁵. Эти результаты нельзя признать устаревшими — их значимость и выраженность тенденции были настолько существенны, что повторение метаанализа явно входит в приоритетные задачи организации «Кокрейн».

На основании этих и последующих клинических результатов Международное общество по изучению артериальной гипертензии у беременных (International society for the study of hypertension in pregnancy, ISSHP) в 2018 году рекомендовало назначать магния сульфат **всем пациенткам** с ПЭ, протеинурией и тяжёлой АГ (или АГ с неврологическими симптомами) в целях профилактики судорог. В комментариях для стран с низким и средним уровнем дохода было рекомендовано использовать этот подход во всех случаях — выбор иных методик был ограничен высокоспециализированными клиниками и странами с высокими доходами¹⁶.

[Эксперты полагают, что целесообразно «выжать максимум» из проверенного временем терапевтического подхода — магниальной терапии — при различных фенотипах тяжёлой ПЭ.]

Тем не менее при очередном пересмотре гайдлайна три года спустя эксперты ISSHP, сохранив приведённую выше рекомендацию 2018 года, отметили в комментариях к ней, что использование магния сульфата у женщин с ПЭ — **предмет контраверсий**, включающих повышенный риск кесарева сечения и нежелательных эффектов в отношении организма матери, а также высокую стоимость при неселективном назначении.

Для хорошо обеспеченных ресурсами учреждений здравоохранения эксперты ISSHP рекомендуют ограничить применение магния сульфата клиническими ситуациями с наличием критериев тяжёлой ПЭ, использованных в исследовании Magpie: выраженная АГ и протеинурия 3+ и выше или же более низкие показатели (150/100 мм рт.ст. и протеинурия по меньшей мере 2+) при наличии как минимум двух признаков надвигающейся ПЭ. Последние не были чётко описаны в «сорочьей» работе, но

ими считали головную боль, зрительные симптомы или клонус¹⁷.

Чего магний не делает

Почему же магния сульфат как средство борьбы с ПЭ оказывается потеснённым? Во-первых, необходимо принимать во внимание вышеперечисленные риски нежелательных явлений, зафиксированные ISSHP. Во-вторых, тень на репутацию магниальной терапии отбрасывают попытки использовать её для **профилактики преждевременных родов**. В 1970-х годах этот подход приобрёл большую популярность в Северной Америке. На протяжении двух-трёх десятилетий он служил методом выбора и даже вошёл в тогдашние гайдлайны^{18–20}. Впоследствии у него обнаружи-

лись и советские последователи, хотя в целом Старый Свет не воспринял океанское новшество²¹.

Магния сульфат более **не назначают** для острого **токолиза**²². По итогам Кокрейновского обзора 2014 года этот препарат неэффективен в отношении пролонгирования беременности или предотвращения преждевременных родов, не имеет видимых преимуществ как токолитик, а его назначение может быть ассоциировано с повышением риска гибели плода, неонатальной и младенческой смертности — в отличие от использования при ПЭ и в целях нейропротекции²³. Не все американские специалисты признали эти выводы²⁴, но российские клинические рекомендации «Преждевременные роды» 2024 года указывают **без каких-либо оговорок**, что магния сульфат не подлежит использованию в качестве препарата для токолитической терапии²⁵.

Необходимо добавить, что в мае 2024 года был опубликован ещё один


Кокрейновский обзор использования магния сульфата, который подтвердил **нейропротективное значение** этого препарата — при использовании у женщин группы риска преждевременных родов его назначение было сопряжено со снижением риска детского церебрального паралича и гибели детей от этой причины в возрасте до 2 лет, а также — с большой долей вероятности — риска тяжёлого внутрижелудочкового кровоизлияния у новорождённых²⁶. Впрочем, эта многообещающая и жизненно важная область использования магниальной терапии находится вне рамок данной статьи.



В 2024 году, **всесторонне рассмотрев** накопленные за много лет научные и клинические данные, группа зарубежных экспертов пришла к **нижеприведённым выводам**²⁷.

- Магния сульфат следует назначать всем женщинам с **тяжёлыми клиническими проявлениями ПЭ**.
- Магния сульфат нужно назначать всем беременным с **тяжёлой АГ**, включая ситуации резистентности к стандартной терапии.
- Показания к назначению магния сульфата **не равны** показаниям к родоразрешению.
- Дополнительные значимые преимущества сульфата магния включают **нейропротективный эффект** в отношении плода.

Эксперты заключили, что целесообразно **расширить область рекомендаций** к назначению магниальной терапии, не ограничиваясь «неврологическими» показаниями.

Разработка новых стратегий профилактики и лечения ПЭ идёт полным ходом, но **многообещающие результаты** доклинических исследований далеко не всегда возможно воспроизвести в рамках рутинной — насколько этот термин вообще применим к ПЭ! — клинической практики. Именно поэтому целесообразно **«выжать максимум»** из проверенного временем терапевтического подхода при различных фенотипах тяжёлой ПЭ. 

Библиографию см. на с. 84–87.

ДЛЯ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ



Флуомизин®



АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

- ✓ Денваления хлорид с широким спектром антимикробной активности
- ✓ Разрешен к применению в период беременности и лактации

СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

Бактериальный вагиноз, кандидозный вагинит, трихомонадный вагинит, санация влагалища перед гинекологическими операциями и родами:
1 ваг. таб. в сутки 6 дн.

Гинофлор®Э



ПРОБИОТИК + ЭСТРИОЛ

- ✓ 100 млн жизнеспособных лактобактерий для восстановления и поддержания нормальной микрофлоры влагалища
- ✓ 0,03 мг эстриола для защитного трофического действия на эпителий

СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

Восстановление микрофлоры влагалища:
1–2 ваг. таб. в сутки 6–12 дн.
При атрофических вагинитах в постменопаузе:
1 ваг. таб. 6–12 дн., далее поддерживающая доза:
1 ваг. таб. 1–2 раза в нед.

ГРОПРИНОСИН®



ИММУНОСТИМУЛЯТОР С ПРОТИВОВИРУСНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

- ✓ Инозин пранобекс стимулирует активность Т-лимфоцитов и естественных киллеров
- ✓ Уменьшает синтез вирусной РНК и трансляцию вирусных белков

СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

Папилломавирусные инфекции:
2 таб. 3 раза в сут. 14–28 дн.
Кондиломы:
2 таб. 3 раза в сут. 14–28 дн., 3 курса
Дисплазия шейки матки:
2 таб. 3 раза в сут. 10 дн., 3 курса
Герпес:
2 таб. 3 раза в сут. 5–10 дн.
В бессимптомный период:
1 таб. 2 раза в сут. 30 дн.

1. Инструкция по применению препарата Флуомизин®.
2. Инструкция по применению препарата Гинофлор®Э.
3. Инструкция по применению препарата Гроприносин®.

 **ГЕДЕОН РИХТЕР**
Здоровье — наша миссия

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»: г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-18-80, e-mail: GRPharma@g-richter.ru. Представительство ОАО «Геден Рихтер» (Венгрия): г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-15-55, e-mail: centr@g-richter.ru, www.g-richter.ru

Реклама



секретный ингредиент успеха

Итоги церемонии награждения лауреатов 12-й Национальной премии «Репродуктивное завтра России»

Очарование, великолепие, блеск... В русском языке немало слов, чтобы выразить положительную оценку. Однако если вдуматься, то всё многообразие эпитетов можно свести к единому знаменателю. И этот секретный ингредиент — слово «красота». Несомненно, королева красоты среди наук — медицина. Неповторимо прекрасна любая детализация — от клетки до систем органов. А врачи, как никто другой, точно знают, что **здоровье и красота — базис** всего происходящего с человеком на протяжении жизни.

Оценить **красоту профессиональных** достижений собрались гости торжественной церемонии вручения национальной премии в области индустрии женского и семейного репродуктивного здоровья и медицины детства «Репродуктивное завтра России», которая в 12-й раз прошла в Сочи.

Мероприятие состоялось в рамках XVIII Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и XV Общероссийской конференции «FLORES VITAE. Контраверсии в неонатальной медицине и педиатрии» 7 сентября на сцене **Зимнего театра** Сочи — ти-

тульной концертной площадки города, наполненной подлинным духом высокого искусства.

Можно смело сказать, что этот праздник — одно из самых **ожидаемых** событий каждых «контраверсий». И, конечно, одно из самых **уютных, трогательных и искренних**. Не так давно значимость мероприятия коллеги оценили, назвав премию медицинским «Оскаром». И в этом есть доля истины. Атмосфера всегда торжественная и праздничная, наряды собравшихся — изысканны и блистательны (редкая возможность врачу сменить традиционный белый халат на смокинг или платье в пол), а эмоции — **неподдельно ярки**. Кстати, в этом году церемония награждения не только сменила локацию, но и получила **новое звучание**: весь вечер живую музыку собравшимся дарил звёздный состав музыкантов оркестра «Жизнь прекрасна».

Быть лучшим — способ остаться в веках. В этом году попечительский совет премии получил **огромное количество заявок**, что сделало выбор лауреатов весьма непростым, но, как обычно, обоснованным.





Абрамов А.Ю.



Меньшикова Н.С.



Олина А.А.



Петрова А.С.



Куликов И.А.



Мингалёва Н.В.



Андреева М.Д.

Призом в номинации **«Лучший перинатальный центр»** был отмечен вклад каждого сотрудника **Нижневартковского перинатального центра** (Нижневартовск). Опыт, профессионализм и сплочённость всего коллектива позволили этому учреждению занять лидирующую позицию.

Впервые редакция журнала StatusPraesens представила своего номинанта в категории **«Подвижничество»**. Им стал докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. П. Лумумбы Игорь Николаевич **Костин** (Москва), разработавший систему уникальной комплексной оценки деятельности перинатальных центров, где все значимые показатели учтены и сведены в единую формулу. Это огромный труд и вклад в дело развития всей отрасли родовспоможения.

Почётной премией в номинации **«Подвижничество»** также была отмечена главный внештатный специалист неонатолог Минздрава Московской области, зам. главного врача по педиатрии Московского областного перинатального центра, доц. кафедры неонатологии факультета усовершенствования врачей Московского областного института им. М.Ф. Владимирского, доц. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Научного центра им. А.И. Бурназяна, канд. мед. наук Анастасия Сергеевна **Петрова** (Москва).

Награду в соответствующей номинации получила представитель большой медицинской **династии**, насчитывающей более

полусотни медиков, доц. кафедры госпитальной хирургии Астраханского ГМУ, канд. мед. наук Надежда Николаевна **Лычманова** (Астрахань). Надежда Николаевна стояла у истоков организации перинатальной службы в Астраханской области, более 40 лет работая в практической неонатологии.

Победителем в номинации **«Добрые руки»** стала Наталья Сергеевна **Меньшикова**, канд. мед. наук, акушер-гинеколог Томского областного перинатального центра им. И.Д. Евтушенко (Томск).

Лауреатом в номинации **«Мастерство»** стал канд. мед. наук Ильяс Александрович **Куликов**, зав. акушерским отделением патологии беременности Видновского перинатального центра (Видное) — замечательный хирург, акушер-гинеколог, обучающий специалистов по всей стране мастерству актуальной технологии лечения вставания плаценты.

Колоссальный труд зам. директора по развитию Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, проф. кафедры акушерства и гинекологии Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера, докт. мед. наук Анны Александровны **Олиной** (Санкт-Петербург) по достоинству оценён премией в номинации **«На страже женского здоровья»**. Ещё одним лауреатом в этой номинации стала главный внештатный специалист по амбулаторной акушерско-гинекологической помощи Минздрава Краснодарского края, докт. мед. наук, проф. Наталия Вячеславовна **Мингалёва** (Краснодар).



Хоц С.С.



Костин И.Н.



Ганжа Е.Е.



Панова Л.Д.



Харисова Г.А.



Егоров А.А.

Награда в номинации **«Несущие свет»** присуждена докт. мед. наук, доц., проф. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Кубанского государственного медицинского университета, главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Минздрава Краснодарского края, акушеру-гинекологу перинатального центра Детской краевой клинической больницы Краснодар Маргарите Дарчовне **Андреевой** (Краснодар). Вторым лауреатом в той же номинации стала докт. мед. наук, проф. кафедры госпитальной педиатрии Башкирского государственного медицинского университета Людмила Дмитриевна **Панова** (Уфа).

В номинации **«Первый врач»** победителей тоже двое. Врач-неонатолог, зав. отделением патологии новорождённых и недоношенных детей Сургутского клинического перинатального центра Галина Аркадьевна **Харисова** (Сургут) и Елена Евгеньевна **Ганжа** (Барнаул), работающая анестезиологом-реаниматологом в Алтайском краевом перинатальном центре с момента его открытия.

В номинации **«Призвание — врач»** награду получил зам. главного врача по акушерству и гинекологии, опытный клиницист, учёный, канд. мед. наук Сергей Семёнович **Хоц** (Воронеж), который приложил немало усилий, чтобы вывести перинатальный центр Воронежской области на уровень университетской клиники.

Памятная статуэтка в номинации **«Спасаящий жизни»** была вручена зав. отделением анестезиологии и реанимации для женщин Наро-Фоминского перинатального центра Артёму Анатоль-

евичу **Егорову** (Наро-Фоминск), принимающему активное участие в разработке алгоритмов работы мультидисциплинарной команды в условиях критических акушерских ситуаций.

Победители получили **авторские призы** работы ювелирного бюро AlekseevskayaART (Воронеж) — статуэтки фантастической красоты, изготовленные из бронзы и мельхиора.

Заявок на премию было так много, что попечительский совет принял решение **учредить Спецноминацию**. Лауреатами стали:

- Алексей Юрьевич Абрамов, докт. мед. наук (Москва);
- Мария Сергеевна Дунаева (Ногинск);
- Ольга Николаевна Тарбеева, канд. мед. наук (Сыктывкар);
- Алёна Васильевна Аверина (Великий Устюг);
- Татьяна Васильевна Узлова, докт. мед. наук (Челябинск);
- Ирина Алексеевна Смирнова (Смоленск);
- Людмила Ивановна Санникова (с. Карагай);
- Василий Иванович Шестаков (с. Карагай);
- Ольга Геннадьевна Иванова (Иркутск);
- Михаил Георгиевич Рехвиашвили, канд. мед. наук (Москва).

Каждый из награждённых Спецноминацией — врач с большим практическим опытом в своей области, заслуживший не только доверие и авторитет у коллег, но и большую любовь и признание пациентов, что свидетельствует о выдающихся профессиональных компетенциях, **человечности** и чуткости к своим подопечным.

И, конечно, премию сложно себе представить без участия и бесценной поддержки со стороны компаний-партнёров.

Золотой партнёр премии



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

«Геден Рихтер» (Gedeon Richter) — крупная фармацевтическая компания в Центральной и Восточной Европе с расширяющимся прямым присутствием в Западной Европе, Китае, Латинской Америке и Австралии. Штаб-квартира компании расположена в Будапеште (Венгрия). Линейка продуктов компании охватывает множество важных терапевтических областей, включая акушерство и гинекологию, заболевания центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. Компания располагает самым крупным научным подразделением в Центральной и Восточной Европе, обладая общепризнанным опытом в области производства стероидов. «Геден Рихтер» — эксперт мирового уровня в области женского здоровья.

В 2024 году «Геден Рихтер» сообщила сразу о двух приобретениях, дающих уникальную возможность расширить своё присутствие на рынке препаратов в сегменте акушерства и гинекологии.

В июне 2024 года были успешно завершены переговоры с Mithra Pharmaceuticals SA о приобретении части активов компании, а также её бельгийского дочернего предприятия Mithra Recherche et Développement SA (Mithra R&D). Основной актив компании Mithra — собственная разработка на основе эстетрола (E_4), уникального нативного эстрогена. Сделка направлена на приобретение эксклюзивных прав на эту молекулу для различных показаний и нескольких способов её синтеза, включая международную лицензию на комбинированные и потенциальные продукты.

Кроме того, в июне 2024 года объявлено о покупке бельгийского производителя VCI Pharma — частной биотехнологической исследовательской компании, которая занимается инновационными разработками в разных областях женского здоровья. VCI работает над поиском новых ингибиторов киназ из собственной библиотеки этих малых химических молекул, а также из своей базы данных, полученной в результате HTS (высокопроизводительного скрининга).



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

Уже почти 10 лет компания ведёт широкую информационно-просветительскую деятельность, реализуя различные проекты под эгидой **«Недели женского здоровья “Гедеон Рихтер”»**. Цель социального проекта — повысить у российских женщин культуру заботы о себе и своём репродуктивном здоровье.

Важными активностями 2024 года стали:

●
традиционный опрос «Индекс женского здоровья “Гедеон Рихтер”»
(в партнёрстве с аналитическим центром НАФИ);

●
продолжение сотрудничества по восстановлению женских образов
из коллекций Национального музея Республики Татарстан (Казань)
и Русского музея фотографии (Нижний Новгород);

●
в сотрудничестве с изданием theVOICE была вручена премия «Вслух»,
которая призвана отметить просветителей в области женского здоровья, говорящих
на непростые темы грамотно и бережно. Номинантами стали блогеры, журналисты,
писатели, специалисты по женскому здоровью, издания, а также авторы онлайн-курсов,
использующие в своей работе только достоверные факты.

Партнёр номинации



Pharmaceutical Distributor

Ещё один давний и надёжный партнёр премии — **ООО «Мьюз Медиа»**, компания, основанная в 2017 году **Александром Черниченко**, в прошлом профессиональным спортсменом и мастером спорта международного класса в греко-римской борьбе. Компания — **эксклюзивный поставщик в РФ** продукции NOW FOODS, MRM Nutrition и Webber Naturals — известных мировых лидеров по производству высококачественных инновационных натуральных продуктов для здорового образа жизни и правильного питания.

В 2022 году ООО «Мьюз Медиа» **стала победителем** Всероссийского открытого конкурса профессионалов фармацевтической отрасли «Платиновая унция» за **инновационный подход** к поддержанию здоровья, профилактике и восстановлению 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 располагаются в штате Иллинойс (США), имеют **сертификаты GMP** и регулярно проходят контроль FDA на соответствие всем необходимым требованиям.

Компания **MRM Nutrition** ставит перед собой цель обеспечить высококачественным питанием всех желающих независимо от того, где они находятся. В активе — три разные категории биологически активных добавок: для поддержания общего самочувствия, для высоких спортивных достижений, для веганов и вегетарианцев.

Sesame Street от Webber Naturals — это новая, эксклюзивная линейка добавок для детей, которая давно зарекомендовала себя в Канаде. Каждая баночка состоит из сочных мармеладок с тремя разными вкусами, которые точно понравятся детям.

«Мьюз Медиа» популяризует среди работников здравоохранения и потребителей биологически активных добавок **ответственное отношение** к своему здоровью и предлагает **простые и действенные** решения для улучшения качества и продолжительности жизни.



В этом году в орбиту премии вернулась компания **Bionorica**, на протяжении многих лет активно участвующая во всех мероприятиях «Сочинских контраверсий». **Более 90 лет** компания занимается разработкой растительных препаратов в разных терапевтических областях, раскрывая в исследованиях **целебный потенциал растений**, предлагая врачам и пациентам эффективные и безопасные средства для восстановления и поддержания здоровья. **Свыше 2000** сотрудников компании в разных странах мира работают над изучением **состава и свойств** растений, селекцией перспективных видов, культивированием и бережной заготовкой растительного сырья для лекарств. Компания известна тем, что её успехи развиваются на фоне внедрения в работу уникального принципа «фитониринг».

В 2002 году Bionorica начала социально-просветительскую программу под названием «**Обследуй себя и оставайся здоровой**». Основной целью акции было привлечь внимание женщин к проблеме заболеваний молочных желёз, к необходимости периодического обследования и бережного отношения к своему здоровью, научить их приёмам самообследования молочных желёз. В рамках программы проходят обучающие мероприятия для женщин от специалистов в области маммологии и онкологии.



Добрая атмосфера **встреч единомышленников** оставляет след в сердцах и душах участников, давая силы **для новых свершений**, поддерживая в трудные минуты, вселяя надежды на лучшее. Мы искренне признательны всем, кто присоединился к этому грандиозному проекту, стал его частью, локомотивом и поддержкой. За более чем 10-летнюю историю существования премия стала неотъемлемой частью семинара в Сочи, **приятной и почётной** миссией благодарности тем, в чьих профессиональных и надёжных руках самое дорогое — **здоровье** человека.



*Дорогие друзья, коллеги, желаем вам здоровья,
новых достижений, мира и благополучия!*



casuistica

Для библиографических ссылок

• Шарранова И.Р. Отслойка плаценты и матка Кувелера: разбор клинической ситуации // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №6 (109). — С. 79–82.

StatusPraesens

прерванная связь

Отслойка плаценты и матка Кувелера:
разбор клинической ситуации



Автор: Ирина Руслановна Шарганова,
канд. мед. наук, зав. родильным отделением
перинатального центра (Нальчик)

Копирайтинг: Сергей Лёккий

Одно из наиболее серьёзных осложнений III триместра гестации — отслойка плаценты (ОП). Она развивается стремительно и, если вовремя не начать лечение, способна **поставить под угрозу** жизнь матери и ребёнка. Распространённость ОП в общей популяции составляет 0,6–1,2% беременностей^{1,2}.

Факторы риска ОП достаточно многочисленны. Они включают наличие этого осложнения в анамнезе, хроническую артериальную гипертензию, преэклампсию, гестационный сахарный диабет, анемию и иные нарушения.

Хроническую ОП характеризуют повторяющиеся эпизоды лёгкого или умеренного вагинального кровотечения. Для острой ОП наиболее вероятно **внезапное начало** геморагии. В случае повреждения центрально расположенных и крупных артерий ОП идёт по «экстремному» сценарию **с обильной кровопотерей**, дистрессом и потенциальной **гибелью плода**³.

У беременных с болью в животе, маточными сокращениями, небольшим вагинальным кровотечением — или даже без него — следует заподозрить **скрытую ОП**. Она может быть тяжёлой с исходом в коагулопатию и даже привести к гибели плода⁴. В ряде случаев при ОП наблюдают **экстравазацию крови в миометрий** — маточно-плацентарную апоплексию, или матку Кувелера⁵.

Маточно-плацентарную апоплексию не всегда выявляют сонографически⁶. Чувствительность метода составляет 60–85%. Это состояние можно обнаружить при прямой визуализации органа во

время кесарева сечения. Матку Кувелера **не относят к абсолютным показаниям** для гистерэктомии⁷.

Без явных предвестников

Беременную А. (39 лет) бригада скорой помощи в экстренном порядке доставила в перинатальный центр с жалобами на излитие околоплодных вод и **красные выделения из влагалища** в течение часа к моменту поступления. Родовой деятельности не было, состояние тяжёлое — женщина в сознании, на вопросы отвечала спутанно.

Анамнез жизни: детские инфекции отрицает, хронический пиелонефрит с обострением в 2016 году, в настоящее время — состояние ремиссии, **ожирение II степени** (ИМТ 37,1). Менструальная функция не нарушена, менархе в 13 лет, менструации регулярные по 6 через

[Отслойка плаценты — серьёзное осложнение III триместра гестации, которое развивается стремительно, и, если вовремя не начать лечение, оно способно поставить под угрозу жизнь матери и ребёнка.]

[При выявлении отслойки плаценты с кровотечением, осложнённой геморрагическим шоком, гипокоагуляционным синдромом, а также дистрессом плода, пациенткам показано оперативное родоразрешение.]

27 дней, умеренные, безболезненные, последняя — 5–10 апреля 2023 года. Результаты предыдущих гестагий: срочные роды в 2003, 2005, 2009, 2015, 2018 годах, вторая (2003) и пятая (2014) беременности — искусственный аборт в 10 нед, четвёртая (2010) — мини-аборт. Все исходы **без осложнений**.

Пациентка состоит на учёте по поводу настоящей девятой беременности с 6 нед гестации. Исходный вес — 95 кг, рост — 160 см, артериальное давление (АД) — 110/70 мм рт.ст. При первом скрининге в 13 нед и 6 дней **низкие индивидуальные риски** трисомии (21, 18, 13), преэклампсии (1:128), задержки роста плода и преждевременных родов до 34 нед. По результатам УЗИ (пульсовой индекс 1,95) назначена ацетилсалициловая кислота (150 мг) однократно в сутки до срока 36 нед.

С 24-й недели у беременной появились **умеренные отёки** на нижних конечностях — для лечения были назначены препараты растительного происхождения, фитосборы. На сроке 35 и 37 нед пациентка перенесла острую респираторно-вирусную инфекцию, второй эпизод **с повышением температуры тела до 38 °С** и трахеобронхитом — получала азитромицин 500 мг/сут в течение 3 дней.

Последнее посещение женской консультации 30.12.2023. При осмотре выявлены отёки нижних конечностей, АД 110/70 мм рт.ст., общая прибавка массы тела с начала беременности — 5 кг, за предыдущие 2 нед — 0 г. В анализе крови от 23.12.2023: гемоглобин 100 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $7,2 \times 10^9/л$, СОЭ 45 мм/ч. В исследовании мочи от 23.12.2023 удельный вес 1015, белок отсутствует,

лейкоциты 3–4 в поле зрения. На основании копчико-теменного размера плода при скрининговом УЗИ (с учётом разницы более 5 дней) выставлен срок гестации **39 нед 3 дня**.

Спустя сутки (31.12.2023, 11 ч 30 мин) женщину в неотложном порядке доставили в перинатальный центр. Беременную, минуя приёмное отделение на основании оценки тяжести состояния по критериям акушерского триажа, на каталке кареты скорой помощи транспортировали в **экстренную операционную**. Там в 11 ч 31 мин её осмотрел акушер-гинеколог совместно с дежурным анестезиологом-реаниматологом. В 11 ч 32 мин к пациентке вызвали бригаду быстрого реагирования, неонатолога-реаниматолога, врача-лаборанта, трансфузиолога, оповестили главного врача и его заместителя по лечебной части.

При осмотре кожные покровы и слизистые оболочки бледной окраски, лицо одутловатое, АД справа 76/42, слева 78/46, среднее 53 мм рт.ст., ЧСС 100 в минуту, частота дыхательных движений 20 в минуту. Индекс Альговера* 1,3, что соответствует **геморрагическому шоку III степени**. Выраженные плотные отёки на нижних конечностях и передней брюшной стенке.

Во влагалище жидкая кровь и сгустки. Шейка матки длиной до 2 см, цервикальный канал пропускает один палец за внутренний зев. Плодного пузыря нет, текут околоплодные воды, интенсивно окрашенные кровью. **Кровопотеря патологическая** — около 1600 мл, что составляет 17% общего циркулирующего объёма крови (ОЦК). Анализы: общий белок плазмы 34,8 г/л, гемоглобин 60 г/л, эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, тром-

боциты 90 тыс./мкл, протромбиновый индекс 45%, **фибриноген — нет сгустка**, в моче протеинурия 4,6 г/л.

Диагноз — «беременность 39 нед 3 дня; головное предлежание плода; **преждевременная ОП**; маточное кровотечение; дистресс плода, тяжёлая преэклампсия, **геморрагический шок III степени**, синдром гипокоагуляции, анемия тяжёлой степени; ожирение II степени; хронический пиелонефрит, ремиссия; отягощённый акушерско-гинекологический анамнез».

В случае ОП с кровотечением, осложнённой геморрагическим шоком, гипокоагуляционным синдромом и дистрессом плода, пациенткам показано **оперативное родоразрешение**. Крайне желательное условие для начала вмешательства — наличие факторов коагуляции, компонентов крови и антифибринолитиков.

Без задержек и ошибок

После принятия решения об оперативном родоразрешении женщину подключили к системе обогрева пациента, начали мониторинг гематологических показателей и коагулограммы.

Проведена стратификация рисков венозных тромбоэмболических осложнений. Антенатальная и постнатальная оценка факторов риска — 7 баллов, намечена медикаментозная тромбопрофилактика низкомолекулярным гепарином в течение 6 нед. Антибиотикопрофилактика намечена интраоперационно, учитывая urgency ситуации.

Вмешательство начали через 12 мин (11 ч 42 мин) после поступления. К этому моменту АД 90/50 мм рт.ст., ЧСС 100 в минуту, индекс Альговера 1,1. Интраоперационно вводили вазопресоры и утеротоники (карбетоцин), выполняли аутореинфузию крови. Метод анестезии — эндотрахеальный наркоз,

* Индекс Альговера — отношение ЧСС за 1 мин к величине систолического давления. Используют для экспресс-диагностики выраженности шока. Величина у здоровых — 0,5, при шоке I степени (кровопотеря 10–15% ОЦК) — 0,8–0,9, II степени (20–40%) — 0,9–1,2, III степени (более 30%) — 1,3 и выше.

[Главные риски ОП для младенцев — мертворождение, недоношенность, задержка внутриутробного роста, низкая масса тела, кистозная перивентрикулярная лейкомаляция и внутрижелудочковые кровоизлияния.]

доступ — нижнесрединная продольная лапаротомия, рассечение матки произвели в нижнем сегменте поперечным разрезом. В 11 ч 44 мин извлекли **живой доношенный плод** женского пола в состоянии среднетяжёлой асфиксии (масса тела 3350 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 6–7 баллов). Ребёнка в состоянии положительной адаптации перевели в реанимационное отделение.

Матка плотная, имбибирована кровью по левому ребру, задней и передней стенкам, в полости — кровяные сгустки объёмом 731 мл. Плацентарная площадка расположена по задней с переходом на левую поверхность органа, **площадь отслойки — 1/2**. Кровопотеря к этому моменту массивная — 2331 мл (25% ОЦК), гемодинамика стабильная, АД 100/70 мм рт.ст., ЧСС 95 в минуту.

Хирургический диагноз — «**субтотальная отслойка** нормально расположенной плаценты; маточное кровотечение; массивная кровопотеря; матка Кувелера».

С учётом стабильных показателей гемодинамики и хорошей сократительной способности миометрия **врачебный консилиум** принял решение выполнить комплексную **хирургическую остановку кровотечения**, при неэффективности — перейти к гистерэктомии. На плацентарную площадку наложили узловые гемостатические, на участки имбибиции по передней и задней стенкам матки — компрессионные сборочные швы (рис. 1).

Принятые меры позволили остановить кровотечение, разрез на органе ушили двухрядным непрерывным швом. По ходу операции пациентке вводили растворы кристаллоидов, выполняли ауторейфузию эритроцитов. Во время вмешательства лабораторными методами было установлено **состояние гипокоагуляции**, подтверждённое клинически: из полости эвакуировали 402 мл жидкой крови. Для коррекции показателей гемостаза в течение операционной паузы женщине произвели **эластическое бинтование матки** (рис. 2), ввели свежемороженную плазму, криопреципитат, препараты факторов свёртывания.

Через 30 мин повторные результаты тромбоэластографии и оценки времени свёртывания крови продемонстрировали состояние нормокоагуляции, также **отсутствовало кровотечение** из мест вколов и с поверхности матки. С органа сняли эластический бинт и удалили че-

[**Последствия ОП, влияющие на ребёнка в долгосрочной перспективе, могут включать повышенный риск детского церебрального паралича, эпилепсии, хронических заболеваний лёгких и когнитивных нарушений.**]

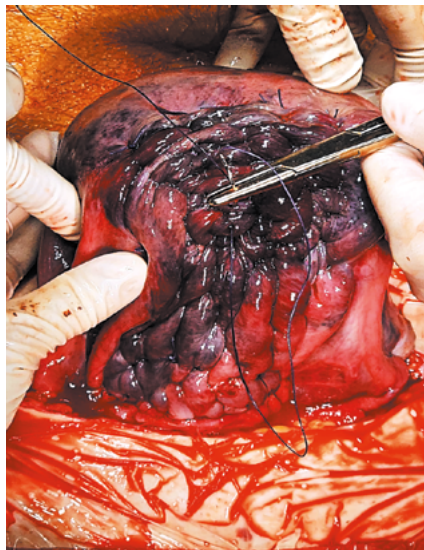


Рис. 1. Компрессионные и гемостатические швы на задней стенке матки.

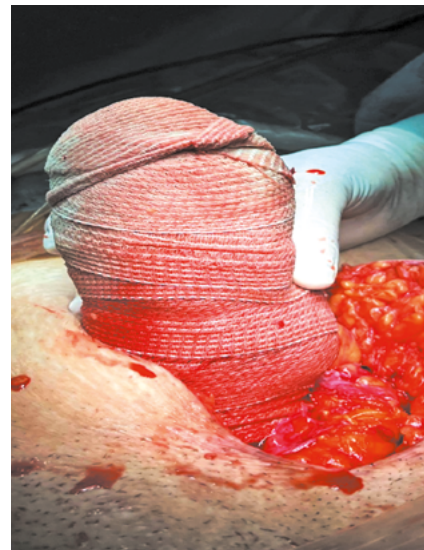


Рис. 2. Эластическое бинтование матки.

рез влагалище 53 мл кровяных сгустков. На основании стабильности показателей гемодинамики и гемостаза было принято решение об **органосохраняющей тактике** и ограничении вмешательства уже произведённым объёмом. Пациентке дренировали брюшную полость и поддиафрагмальное пространство, ушили лапаротомическую рану.

Гравиметрически-волюметрическим методом **общую кровопотерю оценили в 3302 мл (35% ОЦК)**: 1600 мл до вмешательства, 731 мл сгустков крови в полости матки, 516 мл интраоперационно, 455 мл при санации родовых путей. Пациентке за время операции ввели 1020 мл (четыре дозы) свежемороженой плазмы, 300 мл (10 доз) криопреципитата, 921 мл (три дозы) эритроцитарной взвеси и 2000 мл кристаллоидных растворов. Помимо этого в кровоток было возвращено 308 мл аутоэритроцитов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентку с ребёнком **на 7-е сутки выписали домой** под наблюдение участковых акушера-гинеколога и терапевта. Инволюция матки

физиологическая, гемоглобин крови 90 г/л, общий белок крови 57 г/л.

Гистологический анализ послеродовых ворсин, створчатые и терминальные, полнокровные капилляры последних. В межворсинчатых пространствах, оболочках и пуповине **кровоизлияния** из лизированных и нелизированных эритроцитов с примесью значительного количества фибрина и сегментоядерных лейкоцитов.

Не терять
бдительность!

Главные риски ОП для младенцев — мертворождение, недоношенность, задержка внутриутробного роста, низкая масса тела, кистозная перивентрикулярная лейкомаляция и внутрижелудочковые кровоизлияния. Уровень перинатальной смертности в родах с ОП **в 15 раз выше**, чем без отслойки (119 против 8,2 на 1 тыс.)⁸. Однако нельзя забывать о последствиях ОП, влияющих на ребёнка в долгосрочной перспективе.

Один из наиболее часто описываемых отсроченных негативных эффектов ОП — повышенный **риск детского церебрального паралича**⁹. Некоторые авторы полагают, что ОП ассоциирована с более чем пятикратным увеличением вероятности этого неврологического расстройства¹⁰. Помимо него в числе долгосрочных исходов в исследованиях упоминали эпилепсию, хронические заболевания лёгких и когнитивные нарушения^{10,11}. Однако эти состояния, веро-

ятнее всего, последствия не самой ОП, а сопутствующих ей крайней незрелости, бронхолёгочной дисплазии, тяжёлой асфиксии и прочих осложнений.

Наиболее часто в числе материнских осложнений ОП описывают жизнеугрожающее кровотечение, включая послеродовое, **повышенный риск** кесарева сечения, переливания крови, госпитализации беременной в отделение интенсивной терапии. В то же время анализ 123 исследований свидетельствует, что **негативные**

исходы этим далеко не исчерпаны. Они включают релапаротомию, гистерэктомию, сепсис, эмболию амниотической жидкостью, венозную тромбоземболию и острую почечную недостаточность¹².

Вероятно, самое неожиданное влияние ОП на дальнейшую жизнь женщины состоит в высоковероятной и устойчивой связи перенесённой отслойки с **сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ)** и смертностью в долгосрочной перспективе. Такая ассоциация справедлива не только для ОП, но и для других плацентарных нарушений¹³.

Недавний систематический обзор и метаанализ 11 исследований, включивших 6 325 152 беременности, показали, что вероятность комбинированной смертности от ССЗ и инсульта **выше в 2,65 раза** (95% ДИ 1,55–4,54) у женщин с ОП по сравнению с теми, у кого отслойки не было¹⁴. Пока не очень ясен механизм этого явления и не до конца понятно, что первично — ОП или предрасположенность кровеносной системы к повреждениям. Тем не менее профилактические рекомендации ряда стран уже признают плацентарные нарушения **специфическим фактором риска СЗ** и метаболических расстройств¹⁵.

Некоторые исследователи рассматривают беременность как «скрининговый тест» сердечно-сосудистого здоровья в будущем¹⁶. В качестве мер, способных **смягчить последствия ОП** у женщин, предлагают улучшение послеродового ухода, грудное вскармливание, усилия по изменению образа жизни, фармакологические вмешательства, образовательные программы для пациентов и медиков¹⁷.



Точное прогнозирование и профилактика ОП **невозможны**, в то же время нарушение остаётся важным фактором риска материнской и младенческой заболеваемости и смертности, причём как в ближайшей, так и в отдалённой перспективе. Диагностика отслойки по-прежнему **клиническая**, и, чтобы предотвратить осложнения, важно хорошо знать симптомы, быстро их выявлять и экстренно предпринимать необходимые меры. **SP**

Библиографию см. на с. 84–87.

Комментарий эксперта



Антон Сергеевич **Оленев**, докт. мед. наук, главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения г. Москвы, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ №31 им. Г.М. Савельевой, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы (Москва), отметил, что клинический случай отслойки плаценты, представленный канд. мед. наук **И.Р. Шаргановой** из перинатального центра г. Нальчика (Кабардино-Балкария), служит

ярким примером **эффективного мультидисциплинарного подхода** к лечению критических акушерских состояний. Особенно радует, что в этой ситуации, учитывая стабильные показатели гемодинамики и хорошую сократительную способность миометрия, врачевный консилиум принял взвешенное решение **отложить** радикальное хирургическое вмешательство при матке Кувелера.

На первом этапе специалисты **успешно** выполнили комплексную хирургическую остановку кровотечения, что позволило не удалять матку. Это подчёркивает важность **органосохраняющих методов**, которые оказались весьма эффективными. В то же время гистерэктомию в условиях нестабильной гемодинамики приводит к увеличению объёма кровопотери.

Стоит также отметить, что благодаря **поэтапному применению** методов хирургического гемостаза удалось избежать перевязки внутренних подвздошных артерий, что выступает значительным достижением в этой ситуации.

Важным вкладом стало использование аппаратной реинфузии эритроцитов для компенсации массивной кровопотери, а также введение свежезамороженной плазмы, криопреципитата и препаратов факторов свёртывания. Это свидетельствует о **высоком уровне профессионализма** команды и полноценном оснащении клиники.

Таким образом, помощь пациентке с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в перинатальном центре г. Нальчика была оказана **своевременно, профессионально и с вниманием к деталям**. Такой подход внушает доверие и вдохновляет на дальнейшие успехи.

[Самое неожиданное влияние отслойки плаценты на дальнейшую жизнь женщины — повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний. Такая ассоциация характерна и для других плацентарных нарушений.]

С.А. Князев

РОДЫ ДО СРОКА

ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ, ДЕЙСТВУЮЩИЕ НОРМАТИВЫ

Под редакцией
В.Е. Радзинского



1 000 руб.*

Преждевременные роды — загадка, до настоящего времени не имеющая решения. Их количество не снижается, несмотря на все усилия акушеров. В новом издании будут рассмотрены практические аспекты ведения женщин с угрозой преждевременных родов, современные возможности коррекции истмико-цервикальной недостаточности, пути улучшения исходов преждевременных родов, особенности акушерской тактики и техники кесарева сечения при преждевременных родах, подходы к профилактике и лечению дистресс-синдрома новорождённых.

По вопросам приобретения: ea@praesens.ru, +7 (901) 723 2273

* Цена при самовывозе из редакции.



ШКОЛА юридической самообороны

Для библиографических ссылок

• Иванов А.В. Интервью с зам. главного врача по кадровой и юридической работе Екатеринбургского клинического перинатального центра Оксаны Викторовны Курикаловой // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2024. — №6 (109). — с. 21–24.

САМИ МЫ НЕ МЕСТНЫЕ...

Интервью с зам. главного врача по кадровой и юридической работе
Екатеринбургского клинического перинатального центра
Оксаной Викторовной Курикаловой

Бесегаовал: Александр Васильевич Иванов
[StatusPraesens]

«Добрый доктор Айболит! Он под деревом сидит. Приходи к нему лечиться и корова, и волчица, и жучок, и червячок, и медведица...» Конечно, а разве может быть иначе? Медик **не может отказать в помощи никому** — он же давал **клятву Гиппократу**. Ну, или не Гиппократу, какая разница...

Между тем Гиппократ считал, что врачи связаны «обязательством и клятвой **по закону медицинскому, но никакому другому**». Сегодня первый вопрос при поступлении в стационар: «**Какой у вас номер полиса ОМС?**»

SP Уважаемая Оксана Викторовна, осенью 2024 года многие СМИ процитировали депутата Госдумы РФ М.Н. Матвеева, который подсчитал, что за последние 6 лет регионы России потратили почти 61 млрд руб. на медицинскую помощь мигрантам, не имеющим страховых полисов¹. При этом законопроект об обязательном наличии такой страховки у въезжающих в страну без визы был отклонён в 2023 году² — это требование было названо избыточным³. Как устроено финансирование медицинской помощи иностранцам — согласно законодательству и в реальности?

Оксана Викторовна Курикалова (О.К.): Мне кажется, **ситуация сложнее**, чем её описывает депутат Матвеев: он говорит только о расходах на оплату экстренной помощи, а для медорганизаций важнее, что **реальные затраты** на родовспоможение пациенткам из стран ближнего зарубежья и выхаживание их новорождённых вообще **никто не возмещает**. Парадокс: вроде бы всё определено в законодательстве, только **не всегда работает**.

По закону ответ на вопрос «**кто и за что платит?**» зависит от целого ряда факторов: юридического статуса и правовых оснований для нахождения в России, наличия работы, вида и формы оказания медицинской помощи (первичная

медико-санитарная, специализированная, скорая или паллиативная; экстренная, неотложная или плановая), формы собственности медорганизации. Важно понимать, что любое нарушение установленных правил будет означать **нецелевое использование финансовых средств** (бюджетных или ОМС).

Некоторые категории иностранных граждан и лиц без гражданства вправе рассчитывать на **весь объём помощи, предусмотренный программой ОМС**⁴. Речь идёт о **работающих иностранцах**, имеющих вид на жительство или разрешение на временное проживание либо временно пребывающих в РФ (в последнем случае — кроме высококвалифицированных специалистов и при условии **уплаты работодателем страховых взносов** не менее чем за 3 года). Аналогичные права имеют **беженцы и члены их семей** (включая тех, кто получил свидетельство о рассмотрении ходатайства по существу)⁵. А **для незастрахованных** действуют серьёзные ограничения.

Большинство женщин, приехавших вслед за своими мужьями из Таджикистана, Киргизии, Узбекистана и других среднеазиатских республик, находятся в **крайне уязвимом положении**: обычно у них **нет официального места работы**, а значит, и полиса ОМС. По опыту на-

шего перинатального центра, **платить сами они тоже не готовы**. Согласно правилам, утверждённым правительством РФ⁶, **бесплатно** им должны оказывать только экстренную помощь при угрозе жизни и **скорую медицинскую помощь** в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства. **Остальное — за деньги**.

Для пациенток **без полиса ОМС** территориальной программой госгарантий Свердловской области установлен **единый тариф на родоразрешение**⁷ — он составляет чуть больше **23 тыс. руб.** Нет никакой разницы, были роды физиологическими или оперативными, возникли осложнения или нет — мы получим только эту сумму. Хотя такие женщины поступают в стационар практически **не обследованными** и часто входят в группу **высокого риска** — у трети из них возникают состояния, требующие дорогостоящей интенсивной терапии. Для сравнения: оплата аналогичной помощи по ОМС составляет **от 35,7 до 42,5 тыс. руб.** (в зависимости от клинико-статистической группы).

Аналогичная ситуация сложилась и с оплатой медицинской помощи **новорождённым** из семей мигрантов. Областной бюджет выделяет **23,1 тыс. руб. на один случай госпитализации** — без учёта реального состояния ребёнка, количества

и сложности необходимых вмешательств, продолжительности лечения. Понятно, что врачи **оказывают тот объём помощи, который необходим**, а все невозмещённые затраты становятся **финансовыми потерями** медорганизации.

SP Можно ли считать излитие околоплодных вод или начало регулярных схваток ситуацией, требующей экстренной помощи? Если посмотреть на формулировки в клинических рекомендациях, то нормальные роды определены как имевшие низкий риск акушерских осложнений и прошедшие без них⁸, а кесарево сечение может быть выполнено и без признаков угрозы жизни — в неотложном или плановом порядке⁹.

О.К.: По мнению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), любые роды считают **критическим периодом** для выживания матери и ребёнка — хотя **в большинстве случаев они протекают без риска**¹⁰. В руководстве ВОЗ сказано, что в настоящее время **не существует общепринятой концепции** нормальных родов. А определение, данное в российских клинических рекомендациях, содержит параметры, которые **можно оценить только ретроспективно**, а не заранее: отсутствие осложнений и удовлетворительное состояние родильницы и новорождённого.

Возможно, по этим причинам приказ Минздрава РФ №388н относит роды к **поводам для вызова скорой медицинской помощи**¹¹. И, хотя в нём есть уточнение, что при угрозе жизни будет оказана **экстренная помощь**, а без явных признаков такой угрозы — **неотложная**, понятно, что состояние пациентки может измениться достаточно быстро. Это при том, что **излитие околоплодных вод** может произойти **до начала родовой деятельности**, и клинические рекомендации по кесареву сечению выделяют **три категории неотложности** для проведения оперативного вмешательства.

Есть ещё один вопрос, на который наше законодательство не даёт одно-

[Реальные финансовые затраты на родовспоможение пациенткам из стран ближнего зарубежья никто не возмещает. Парадокс: вроде бы всё определено в законодательстве, только не всегда работает.]

значного ответа: через **какое время можно выписать** родильницу из стационара при отсутствии у неё полиса ОМС и договора на платные услуги? В клинических рекомендациях «Нормальные роды» (2023) сказано об **обязательном наблюдении** за состоянием матери в **течение первых двух часов** — каждые 15 мин у неё нужно измерять АД, ЧСС, оценивать тонус и размеры матки, характер и объём кровянистых выделений из влагалища, состояние швов, а перед переводом в послеродовое отделение — температуру тела и опорожнение мочевого пузыря. В клинических рекомендациях «Нормальный послеродовый период» (2024) сказано, что осмотр акушером-гинекологом (акушеркой) в родильном отделении должен быть проведён 1 раз в 15 мин в течение не менее трёх часов после **оперативных влагалищных родов, кровотечения** в родах и в раннем послеродовом периоде, **ручного обследования** полости матки, **преэклампсии, вагинальных родов при рубце** на матке.

Казалось бы, всё понятно: в первом случае выписывать можно через два часа, во втором — через три. Однако в клинических рекомендациях по послеродовому периоду есть требование **тщательно наблюдать родильницу в течение суток**, поскольку в первые часы наиболее вероятно проявление самых **серьёзных осложнений**. В это время ей не оказывают ни экстренную, ни неотложную помощь — **только контролируют** состояние.

Очевидно, что проблемы с возмещением затрат приводят к **конфликтам**. С одной стороны, пациентки, не желающие оплачивать плановую помощь, возмущены, что им **не дают восстановиться после родов**. С другой — **врачи не хотят**

принимать решение о ранней выписке, понимая, что при возникновении осложнений вся **ответственность ляжет на них**. Администрация акушерского стационара оказывается в патовой ситуации...

SP Согласно проекту Порядка оказания неонатологической помощи¹², если новорождённый нуждается в выхаживании, неотложной или плановой помощи, его госпитализируют в отделение патологии, — несмотря на отсутствие угрозы жизни, выписать его нельзя. Кроме того, есть ряд вмешательств, которые должны быть выполнены всем детям (например, неонатальный скрининг). В 2022 году широкий резонанс вызвала история, когда беженка из Донецка не могла забрать новорождённого из роддома, — по её словам, из-за отказа оплатить медицинские услуги¹³. Как, на ваш взгляд, нужно поступать в ситуациях, когда помощь ребёнку необходима, а платить за неё некогда? Можно ли сократить объём вмешательств или сроки пребывания в стационаре?

О.К.: Дети иностранных граждан, рождённые на территории России, не приобретают российское гражданство «автоматически». Как правило, они получают **гражданство своих родителей**¹⁴ и могут быть **застрахованы по ОМС** только после оформления **правового статуса нахождения** в нашей стране (вида на жительство, разрешения на временное проживание). **Наличие таких документов у родителей** новорождённого ещё не даёт ему права на бесплатное получение неотложной и плановой медицинской помощи. Правда, бывают **исключения**: например, если **один из родителей — гражданин РФ**, то ребёнок застрахован по ОМС сразу (компанией, в которой застрахованы его мать или отец).

Как мы уже говорили, в отсутствие страховки ОМС **неотложную и плановую помощь должны оплачивать родители ребёнка** (правда, программа расширенного неонатального скрининга финансируется за счёт федерального бюджета). Однако,

[В отсутствие страховки ОМС неотложную и плановую помощь должны оплачивать родители ребёнка (правда, программа расширенного неонатального скрининга финансируется за счёт федерального бюджета).]

если этого не происходит, мы всё равно **не можем сократить объём лечения**, необходимый новорождённому.

Если состояние после рождения **не требует экстренной или неотложной помощи**, ребёнок в любом случае поступает в **отделение новорождённых** (физиологическое) для оказания плановой помощи. **Недоношенные** и дети в **критических состояниях** сначала находятся в **отделении реанимации и интенсивной терапии**, а затем их переводят в отделение патологии новорождённых на **второй этап выхаживания**. Выписка возможна только после завершения всего стационарного лечения. При **врождённых пороках развития** или **тяжёлых, длительно текущих заболеваниях** детей переводят в профильные медорганизации или отделения для планового оперативного или консервативного лечения.

В качестве иллюстрации приведу некоторые цифры по нашему перинатальному центру. В 2023 году в отделении патологии был пролечен **81 новорождённый**, чьи родители были иностранцами. **Восемь** пациентов имели экстремально низкую массу тела при рождении — средняя продолжительность их пребывания в стационаре составляла **60–70 сут**; ещё у десяти с низкой массой тела — **25–30 сут**. Очевидно, что финансовые затраты при таких сроках госпитализации не покрывает тариф территориальной программы госгарантий. Учреждение вынуждено нести **колоссальные убытки**...

Кроме того, периодически возникают крайне сложные ситуации с **неизлечимо больными детьми-иностранцами** с отсутствием реабилитационного потенциала. **Паллиативная помощь** может быть предоставлена им **только на платной основе**, но, если родители от этого отказываются, **выписать такого ребёнка нельзя**. На просьбы о содействии в транспортировке в страну их гражданства (если они ещё дадут своё согласие) **консульства реагируют очень неохотно и медленно**.

SP По оценкам руководителя Федерального агентства по делам национальностей И.В. Барина, сейчас в стране насчитывают около 10 млн трудовых мигрантов⁵. Уровень достатка большинства из них невысок — вряд ли они готовы оплачивать медицинские услуги из своего кармана. Кроме того, многие крайне плохо владеют русским языком — проблема настолько остра, что на неё указывает даже президент РФ⁶. Как можно организовать общение медицинского персонала с такими пациентками и их родственниками?

О.К.: **Языковой барьер** действительно остаётся **серьёзным препятствием** для оказания адекватной медицинской помощи иностранным пациенткам. Во-первых, врачам сложно понять жалобы такой беременной, **оценить её состояние**, объяснить, **что и когда ей нужно делать**. Во-вторых, для подобных



© Imanturani / Корректор/Рсток

[Языковой барьер — серьёзное препятствие для адекватной медицинской помощи иностранным пациенткам. Врачам сложно понять жалобы такой беременной, объяснить, что и когда ей нужно делать. Для подобных случаев не предусмотрены исключения в отношении информированного согласия.]

случаев закон не делает исключения в отношении **обязательности информированного добровольного согласия**, а медицинскую **документацию ведут на русском языке**. В-третьих, как правило, обычно у женщин нет нотариально заверенного перевода паспорта, что может привести к **ошибкам при оформлении документов** о рождении ребёнка.

Существует **несколько способов решения** проблемы — они перечислены в рекомендациях Национального института качества Росздравнадзора¹⁷, и каждый из них имеет свои ограничения. Один из возможных вариантов — **привлечение переводчика**. В этом качестве может выступить не только соответствующий **специалист**, но и **родственники** пациентки, **работники** медорганизации, представители местных **национальных диаспор**.

Понятно, что профессиональный перевод **стоит денег**, а беременная не готова платить даже за самую медицинскую **помощь**. В то же время передача **медицинской информации** остальными посредниками может быть **некорректной** (для сравнения: при удостоверении доверенности нотариус обязан убедиться в образовательном уровне переводчика, проверив наличие у него диплома, сертификата и т.п.¹⁸). Кроме того, важно помнить, что **любой человек**, которого привлекают для коммуникации с пациенткой, должен быть указан **в письменном согласии на разглашение сведений**, составляющих врачебную тайну.

Другой вариант — использование **информационных материалов, переведённых** на наиболее распространённые в этом регионе языки. Помимо очевидного **ограничения объёма сведений**, нужно помнить ещё об одном нюансе, несколько неожиданном для России: пациентка **может быть неграмотной** и не уметь читать даже на своём родном языке.

Третий вариант — применение **программ автоматизированного перевода**, доступных с любого смартфона. Их несомненные плюсы — **простота использования, отсутствие затрат**, возможность **озвучивания переведённого текста**. Что же касается качества, мнения на этот счёт существенно варьируют: разные авторы приводят данные о **корректности перевода** в объёме от 60 до 90% медицинского текста^{19,20}. На практике можно порекомендовать врачу использовать при общении максимально **простые формули-**

ровки и избегать специальных терминов (что вообще-то соответствует требованию закона предоставлять информацию доступно). Кроме того, в медицинской документации стоит указать на использование автоперевода.

SP Согласно Венской конвенции ООН, защита интересов граждан на территории другой страны — одна из консульских функций²¹. Есть ли у вас опыт обращения в консульства для решения вопроса об оплате акушерско-гинекологической и неонатологической помощи, оказанной гражданам этих государств? Насколько это эффективно?

О.К.: К сожалению, часто у нас **не хватает реально работающих инструментов**, позволяющих урегулировать вопрос об оплате медицинской помощи на уровне консульств или посольств, несмотря на наличие межгосударственных договоров.

[По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, любые роды считают критическим периодом для выживания матери и ребёнка. При этом в большинстве случаев они протекают без риска.]

Так, соглашение о предоставлении гражданам **Беларуси, Казахстана, Киргизии** и России равных прав в получении **скорой и неотложной помощи**²², в том числе в период **беременности и родов**, определяет, что после устранения угрозы жизни **дальнейшее лечение оплачивает сама пациентка** (либо юридическое или физическое лицо, представляющее её интересы). При **необходимости транспортировки** в государство постоянного проживания **информация передаётся в посольство** этого государства, которое возмещает затраты на эвакуацию. В 2014 году Россия, Беларусь и Казахстан заключили **договор о Евразийском экономическом союзе**, к которому чуть позже присоединились Киргизия и Армения²³, — там эти нормы были **продублированы** в отношении **трудящихся и членов их семей**. А вот соглашение об оказании медицинской помощи гражданам **всех стран СНГ**, подписанное в 1997 году 11 участниками²⁴, в России **в силу так и не вступило**.

Тем не менее у нашего перинатального центра есть положительный **опыт взаимодействия** с консульствами Таджикистана, Узбекистана и Киргизии, оказавшими **помощь** в предоставлении услуг **переводчика**, а также в **восстановлении и переводе на русский язык документов**, удостоверяющих личность иностранных пациенток. В 2023—2024 годах были организованы **три транспортировки** авиатранспортом детей, находящихся в паллиативном состоянии, и их матерей **в страну гражданства**. Отмечу, что **решение об эвакуации** ребёнка может быть принято только с **согласия его родителей**, которые далеко не всегда хотят покидать Россию, — и **консульство не может заставить** их это сделать.

В заключение хотела бы сказать, что нужно сделать, чтобы **снизить правовые риски** для врачей и медорганизаций. Во-первых, при сохранении схемы **финансирования только экстренной помощи**,

оказываемой в условиях акушерского стационара, необходимо чётко определить, **с какого момента она становится неотложной** (например, после перевода из отделения анестезиологии и реанимации).

Во-вторых, **тарифы** на оплату законченного случая медицинской помощи должны **учитывать объём и сложность** проводимых вмешательств, а также **сроки госпитализации** женщины и ребёнка. И они **не могут различаться в зависимости от источника финансирования**.

В-третьих, считаю необходимым установить требование о наличии **полиса добровольного медицинского страхования**, предусматривающего оказание регламентированного объёма помощи в **период беременности и родов**. Его **должны иметь все женщины репродуктивного возраста**, въезжающие в Россию, в том числе **без оформления визы**. **SP**

ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!



10-я Общероссийская конференция
Репродуктивный потенциал России:

ВЕСЕННИЕ КОНТРАВЕРСИИ

13-15 марта 2025 года

МОСКВА

Пл. Евразии, д. 2,
отель «Рэдиссон Славянская»

ПОДРОБНОСТИ
НА [PRAESENS.RU](https://praesens.ru)



ova@praesens.ru
8 (800) 600 3975



АКТИВНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ И ГЕСТАЦИЯ*

В период гестации некоторые женщины ограничивают ежедневные физические нагрузки из-за страха навредить ребёнку. Другие, наоборот, решают резко покончить с малоподвижным образом жизни и активно заняться спортом. Ни те, ни другие неправы: главное — **разумный баланс**. Небольшая **физическая активность лучше**, чем её полное отсутствие!



ПОЛЬЗА

- **Снижение риска** преэклампсии и других осложнений беременности.
- Профилактика чрезмерного набора массы тела, гестационного сахарного диабета и артериальной гипертензии.
- Улучшение самочувствия и настроения.
- Облегчение боли в спине.
- Нормализация стула

РАЗРЕШЁННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ

- Продолжительность: не менее **150 мин** занятий средней интенсивности с аэробной нагрузкой в неделю.
- Дыхание: равномерное (без одышки).
- Безопасность: следует незамедлительно прекратить или вовсе не начинать упражнения при любой угрозе прерывания беременности

ВИД ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Триместр беременности

	Триместр беременности		
	I	II	III
Ходьба и танцы. Прогулки на свежем воздухе и энергичные упражнения под любимую музыку — верный путь к оздоровлению организма и поднятию настроения	✓	✓	✓
Плавание и/или аквааэробика. Вовлекает большинство мышечных групп. Водные процедуры обладают успокаивающим действием	✓	✓	✓
Хатха-йога. Статические позы (асаны), дыхательные техники (пранаямы) и медитации	✓	✓	✓
Фитбол-аэробика. Вовлекает большинство групп мышц	✓	✓	✓
Велотренажёр. Служит отличной заменой более травмоопасному велосипеду	✓	✓	✗
Пилатес и стретчинг. Укрепляют мышцы, улучшают осанку. Особенно полезны для мышц живота и таза	✓	✓	✗
Бег трусцой. Улучшает маточно-плацентарный кровоток	✓	✗	✗
Силовые тренировки. С каждым месяцем тело будет всё тяжелее, и мышцы целесообразно укрепить. Допустимо проводить только с квалифицированным инструктором!	✓	✗	✗

Женщины, которые до наступления беременности **регулярно выполняли** аэробные физические упражнения высокой интенсивности или занимались **физически активной деятельностью**, могут **продолжать** эту практику во время беременности и в послеродовой период.



ЗАПРЕЩЁННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ

- Профессиональный спорт.
- Упражнения с чрезмерными прогибами в поясничной области.
- Контактные виды спорта.
- Дисциплины с повышенным риском падений и травм: скоростной бег, катание на коньках/роликах, конный спорт, экстремальные виды спорта.
- Физические нагрузки с риском кислородного голодания: подводное плавание, тренировки в горной местности

Вывод: Адекватная физическая нагрузка при беременности — прекрасный способ профилактики многих гестационных нарушений. Тренировки следует считать обязательным инструментом **подготовки к родам**.

* По: Bull F.C., Al-Ansari S.S., Biddle S. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour // Br. J. Sports Med. 2020. Vol. 54. №24. P. 1451–1462. [PMID: 33239350] Нормальная беременность: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. М., 2023. — URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/288_22/.