

# Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#6 [103] 12 / 2023 / StatusPraesens



Итоги батла по программированным родам — победила дружба. А что делать врачу? • Глобализация и цифровизация в борьбе с антибиотикорезистентностью • Овариальный резерв: как измерять и что предсказывать? • Создание нового препарата — этапы большого пути • Спектр приращения плаценты: новый термин и новые стратегии преодоления



## Дорогие читатели журнала StatusPraesens!

Сегодня наша страна переживает не лучшие в плане демографической ситуации времена. По данным Росстата, общая численность населения России на 1 января 2023 года достигла отметки **146,4 млн** человек. При этом **рождаемость продолжает падать**: если в 2021 году суммарный коэффициент составлял 1,5 ребёнка на одну женщину, то в **2022-м — уже 1,42**. На ближайшие 20 лет **прогноз** Росстата также весьма зыбок: с 2023 по 2027 год рождаемость в России снизится с 1244,5 до 1140,4 тыс. младенцев, и показатель, возможно, **начнёт расти лишь с 2028 года**. Как ожидают эксперты, число родившихся на 1000 населения достигнет 10,3 только к 2045 году (в сравнении с 8,5 в 2023 году).

Однако демографическая ситуация осложняется также **тотальным нездоровьем будущих матерей**. Зачастую женщины детородного возраста оказываются не готовы к беременности и вступают в этот важный период **с большим грузом экстрагенитальных заболеваний**.

Только вместе мы можем **обеспечить** сохранение **каждой** желанной беременности и благополучное родоразрешение. Это — **главная цель акушерской службы**. Для её реализации уже предприняты важные шаги. Так, в соответствии с приказом №113Фн при медицинских организациях акушерского профиля III группы были созданы **отделения антенатальной охраны плода (ОАОП)**. В них реализован **комплекс организационных и медицинских мероприятий** по диагностике и профилактике перинатальных осложнений, в частности задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, пороков развития плода и хромосомных аномалий. Ранний пренатальный скрининг позволяет выявить беременных группы высокого акушерского риска, а централизация процесса **улучшает качество обследования и учёт результатов** в регионе.

В Кировском областном клиническом перинатальном центре **ОАОП работает уже 3 года**, и мы достигли положительных результатов. Однако остаются и проблемы, которые ещё предстоит решить. Например, учёт риска преждевременных родов ведут **по иным причинам** (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, тяжёлые осложнения гестационного сахарного диабета, преэклампсии), а вероятность преэклампсии после родов не учитывают в принципе. Несмотря на современные УЗИ-возможности выявления маркёров хромосомных аномалий, эта задача трудно выполняема: **не хватает рабочих мест** с программным обеспечением для расчёта рисков по большому акушерским синдромам, недостаточно современных УЗИ-сканеров для выполнения экспертного УЗИ, необходимо **совершенствовать навыки** специалистов. Есть и **организационные промахи**: до сих пор талоны-направления на местах заполняют неправильно, ответственных за это лиц в медицинских организациях нет, а унифицированная форма отчёта в Минздрав для ОАОП отсутствует.

Все эти, казалось бы, мелочи формируют **огромный снежный ком проблем**, который может стать значимой преградой на пути к здоровью женщин и детей, к улучшению демографической ситуации в стране. Давайте **решать эту проблему вместе**, ведь каждое небольшое действие — это уже большой шаг в нашей работе. Успехов на этом благородном пути, коллеги!

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии Кировского ГМУ,  
докт. мед. наук, проф. **С.А. Дворянский**

# Status

## гинекология акушерство

# 6 [103] 12 / 2023 / StatusPraesens

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

Официальное печатное издание Междисциплинарной  
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



**Главный редактор:** засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский

**Директор журнала:** канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

**Креативный директор:** Виталий Кристал (vit@liu.ru)

**Директор по развитию:** Александр Васильевич Иванов

**Редакционный директор:** канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

**Ответственный секретарь редакции:** Полина Геннадьевна Плешкова

**Научные эксперты:** канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев,

канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов

**Медицинские и литературные редакторы:** Ольга Раевская, Сергей Дьяконов, Виктория Москвичёва,

Ольга Быкова, Анна Жукова, Мила Мартынова

**Препресс-директор:** Нелли Демкова

**Художественный директор:** Лина Тавдумадзе

**Арт-директор:** Латип Латипов

**Руководитель группы вёрстки:** Юлия Скуточкина

**Выпускающий редактор:** Марина Осипова

**Инфографика и дизайн:** Юлия Крестьянинова, Елена Шibaева, Ирина Великанова, Ирина Климова

**Корректоры:** Елена Соседова, 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 — 20 декабря 2023 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, (спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в 000 ПО «Периодика». 105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6. Заказ №28954. Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдумадзе с использованием историй Freerik. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков iStock, ТАСС-фото.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

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

# raesen

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

**Рагзинский Виктор Евсеевич**

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

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)  
Апресян Сергей Владиславович (Москва)  
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)  
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)  
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)  
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)  
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна (Чита)  
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)  
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)  
Ванчикова Ольга Васильевна (Петропавловск-Камчатский)  
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)  
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)  
Гомберг Михаил Александрович (Москва)  
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)  
Гус Александр Иосифович (Москва)  
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)  
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)  
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)  
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)  
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)  
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)  
Кира Евгений Фёдорович (Москва)  
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)  
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)  
Конопляников Александр Георгиевич (Москва)  
Костин Игорь Николаевич (Москва)  
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)  
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)  
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)  
Кущенко Ирина Георгиевна (Томск)  
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)  
Мальгина Галина Борисовна (Екатеринбург)  
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)  
Манухин Игорь Борисович (Москва)

Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)  
Михайлов Антон Валерьевич (С.-Петербург)  
Михалёва Людмила Михайловна (Москва)  
Оленев Антон Сергеевич (Москва)  
Олина Анна Александровна (Москва)  
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)  
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)  
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)  
Пашов Александр Иванович (Калининград)  
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)  
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)  
Петрухин Василий Алексеевич (Москва)  
Попандопуло Виктория Александровна (Краснодар)  
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)  
Прилепская Вера Николаевна (Москва)  
Ремнёва Ольга Васильевна (Барнаул)  
Роговская Светлана Ивановна (Москва)  
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)  
Савельева Галина Михайловна (Москва)  
Савичева Алеветина Михайловна (С.-Петербург)  
Самойлова Алла Владимировна (Москва)  
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)  
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)  
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)  
Сидорова Ираида Степановна (Москва)  
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)  
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)  
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)  
Толибова Гулрүхсор 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)

# StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

## СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

9

СЛОВО ГЛАВНОГО  
РЕДАКТОРА

### В каждой шутке лишь доля шутки...

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о здоровье, нездоровье и характерных чертах современной пациентки акушера-гинеколога

Необходимо признать: на всём жизненном женском пути многие нарушения, синдромы и рубрицированные в Международной классификации болезней патологические состояния не получают должного внимания ни со стороны женщин, ни, к сожалению, врачей. Знаменитая шутка о том, что нет здоровых, есть недообследованные, в современных реалиях уже и не воспринимается таковой. Она стала одним из нехороших атрибутов нашей жизни. Кого же мы сочтём больным или недужным? Чтобы это понять, нужно в первую очередь разобраться, что же такое «здоровье» в самом глобальном понимании этого слова.

14

НОВОСТИ

19

ИНФОРМАЦИОННОЕ  
ОПЫЛЕНИЕ

### Информационный патриотизм в действии

Информационное поле MAPC и StatusPraesens для образовательной поддержки качественной медицинской помощи в России

Маклецова С.А., Радзинский В.Е.

Российские женщины, как и женщины всего мира, заслуживают наилучшей медицинской помощи, соответствующей топовым научным достижениям. Всё, что достигнуто коллективным разумом человечества в деле улучшения здоровья, должно быть представлено и применяться в России на популяционном уровне. Вот почему одна из важных задач каждого врача — быстро и эффективно обновлять свою систему знаний, обеспечивая максимально возможное качество медицинской помощи. В этом контексте MAPC и StatusPraesens видят свою задачу в том, чтобы максимально облегчить для врачей процесс сбора и усвоения новых медицинских знаний, проявляя в действии тот самый информационный патриотизм.

25

МЕДПОЛИТ

### Искусство выбора

Цифровые технологии в контроле антибиотикорезистентности

Козлов Р.С.

При сохранении текущих темпов формирования антибиотикорезистентности бактерий к 2050 году материнская смертность вырастет более чем в 50 раз. Практически безальтернативной в современных условиях становится консолидация усилий медицинского сообщества против нарастающей агрессии микромира. В качестве одного из решений этой проблемы эксперты рекомендуют практикующим врачам сверять назначения с региональными картами мониторинга антибиотикорезистентности. Существует такая возможность и в России. Над базой данных AMRmap работают специалисты НИИ антимикробной химиотерапии и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии.

# status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

31

ШКОЛА  
ЮРИДИЧЕСКОЙ  
САМОБОРОНЫ

## Всё не так, как надо...

Интервью с ответственным секретарём комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) Александром Васильевичем Ивановым Тхостова Е.Б.

Тема недостаточной правовой защищённости медицинских работников не нова — обсуждение возможных изменений законодательства идёт уже четверть века. Однако результат почти нулевой: врачи и пациенты по-прежнему считают, что находятся по разные стороны баррикад, а уровень взаимной агрессии только растёт. Ещё в ноябре 2022 года была создана рабочая группа, которая должна проанализировать сложившуюся ситуацию и подготовить предложения по профилактике насилия; с начала 2023 года начат мониторинг. Многие врачи традиционно связывают вопрос своей правовой защищённости со страхованием профессиональной ответственности. Какую реальную роль может играть этот институт?

39

ПЕХТ-ПРОВЕТ



## Работа с доказательствами

Контрацептив на основе эстетрола в зеркале клинических исследований  
Аганезова Н.В., Мартынова М.А.

подавляющему большинству лекарственных средств открывают дорогу только клинические исследования с адекватным дизайном и метаанализы, которые также служат фундаментом для составления протоколов ведения и методических рекомендаций. Без исчерпывающей доказательной базы регистрация нового препарата попросту невозможна. Как и любой врачебный инструмент, доказательная медицина требует аккуратного и вдумчивого использования — ошибки при применении её подходов хорошо известны. Тем не менее при адекватной оценке статистической и клинической значимости эффектов препарата на основе её принципов врачи смогут широко и полно использовать в практике новшества фармацевтики.

47

VIA SCIENTIARUM

## Осторожно, двери закрываются

Маркёры овариального резерва как предикторы репродуктивного потенциала  
Зарубина Е.Н., Кабанова Д.И., Габидуллаева З.Г., Стрэйф А.Б.

Тренд на отсроченное деторождение побудил исследователей и врачей к поиску эффективных способов оценки способности женщин к зачатию, что привело к возникновению такого понятия, как овариальный резерв. В настоящее время репродуктологи оценивают его с двух смысловых позиций. Биологическая концепция включает все существующие (и будущие?) параметры, которые можно измерить лабораторно или оценить визуально с помощью ультразвукового исследования. Клиническая концепция в свою очередь основана на ретроспективной оценке репродуктивных исходов — ответом служит результат. Несомненно, эти два элемента взаимосвязаны, но подходы к их определению совершенно различны.

# Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

55 ДИСКУССИОННЫЙ  
КЛУБ

## На круги своя

Нарушения менструального здоровья: грани проблемы

Зефирова Т.П.

По современным представлениям, менструальный цикл рассматривают как витальный признак, сравнимый по своей глобальной значимости с сердцебиением и дыханием. В определённой степени он отражает одновременно и репродуктивное, и соматическое здоровье женщин, а его сбои могут служить ранним свидетельством дезадаптации организма. Это справедливо даже для девушек-подростков, для которых изменчивость цикла традиционно считалась едва ли не нормой. Первая задача акушера-гинеколога при ведении пациенток с НМЦ — выявление причин, приведших к нему.

61 РОДЗАЛ



## Приговорённые к родам

Программированные роды: польза или опасность?

Князев С.А.

Почему кажущаяся простой и заманчивой идея программированных родов остаётся спорной и неоднозначной? Есть ли хоть какие-то аспекты, на которые можно опереться в практической работе? В океане бушующих мнений и контраверсий для практикующего врача островком стабильности стали клинические рекомендации. В них чётко определены показания, термины, противопоказания к использованию тех или иных методик, хотя последние — с некоторыми пробелами. Действуя в этих рамках, можно иметь определённую уверенность в соблюдении принципа «Не навреди!».

69 ОПЕРАЦИОННАЯ

## Эlegantное решение нетривиальной задачи

Комбинированный подход к сохранению матки при заболеваниях спектра приращения плаценты

Баринов С.В.

Всё чаще можно услышать термин «спектр приращения плаценты», объединяющий все степени аномальной плацентации и признанный экспертами мирового медицинского сообщества. Вопросы в этом клиническом задачнике меньше не становятся, как и количества пациенток. Современная наука не готова капитулировать перед сложностями, предлагая клиницистам всё новые и новые решения. В частности, когда в Омской областной больнице была внедрена практика комбинированной двойной баллонной тампонады Жуковского, частота гистерэктомий снизилась в 6,6 раза.

77 CASUISTICA

## Маленькая операция с большими ожиданиями

Лабиипластика: современные особенности

Майскова И.Ю.

84 ЛИТЕРАТУРА  
И ИСТОЧНИКИ

# В каждой шутке лишь доля шутки...

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. В.Е. Рагзинский  
о здоровье, нездоровье и характерных чертах современной пациентки  
акушера-гинеколога



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

Редакция StatusPraesens высоко ценит потенциал своих читателей, его интеллектуальную, профессиональную и творческую составляющую. К настоящему времени наш с вами общий потенциал представляется практически безграничным. Прежде всего в силу эффективности того, что мы вместе делаем. А именно ликвидируем тот немислимый дисбаланс между сегодняшними знаниями, полученными в процессе доказательных исследований, и накопленным мировым опытом. И всё это на фоне безудержно нарастающей нехватки времени. Мы опять повторяем: 17 источников — книги, журналы, интернет, вебинары — надо изучать ежедневно каждому из нас, чтобы быть в тренде происходящих в мире событий применительно к своей специальности. Это невозможно даже теоретически, не говоря уже о практике каждого дня. Вот почему концентрированное изложение самых необходимых на сегодняшний день сведений на симпозиумах, конгрессах, конференциях, субботниках, в журналах, памятках, на любом методическом вспомогательном мероприятии — это неоценимая помощь практикующему врачу в его очень непростой и с каждым днём всё более контролируемой работе. Этому диапазону широчайших потребностей во многом посвящены выпуски журнала StatusPraesens. И этот не стал исключением. Пришло время посмотреть на здоровье человека, прежде всего женское.

Что мы имеем в виду, говоря о здоровье? Обращаемся, как всегда, к главному (бывшему и настоящему) источнику знаний, определений, чётких трактовок, а именно к словарю Владимира Ивановича Даля. «Здоровье или здравие — состоянье животного тела (или растения), когда все жизненные отправления идут в полном порядке; отсутствие недуга, болезни». Гениально. Всеобъемлюще. А теперь — проанализируем. Итак, определение здоровья даётся через есте-

[ Согласно словарю Владимира Ивановича Даля, здоровье или здравие — состоянье животного тела (или растения), когда все жизненные отправления идут в полном порядке; отсутствие недуга, болезни. ]

ственное физиологическое отправление всех функций человеческого организма и отсутствие, то есть уже через отрицание, недуга или болезни. Ещё раз повторюсь, **всеобъемлюще**. Есть над чем задуматься. Итак, все отправления в норме, человек просыпается, делает зарядку, завтракает, идёт на работу, трудится, возвращается домой, вовремя ложится спать, не загружая свой мозг излишними компьютерными играми или другими несуразностями, на которые уходит очень много времени и которые, к сожалению, приносят порой непосильную нагрузку на умственную деятельность человека. Но это одна из сторон жизни, и, пока все отправления в норме, мы его ни в коем случае больным не считаем.



Кого же мы сочтём больным или недужным, что далеко не одно и то же. Говоря о **недугах**, я бы скорее рассматривал нарушения жизненно важных функций. Что же мы видим? Перед нами изменившаяся женщина, коль скоро мы затрагиваем проблемы репродуктивной медицины и гинекологических болезней. За последние **все 100 лет** изменилось многое: продолжительность жизни, социальное и репродуктивное поведение, скорости, психологические и физические нагрузки.

Средняя продолжительность жизни уже не 47 лет, как было в 1917 году, а 73, и скоро будет 75 (к 2030 году мы войдём в клуб «80+»). Это практически **двукратное увеличение** неминуемо влечёт за собой различные изменения, которые мы можем трактовать либо как нарушения, либо как болезнь с соответствующим диагнозом, кодируемым МКБ любого пересмотра. А изменились ли функции женщины? **Биологически — нет**. Она по-прежнему имеет репродуктивную систему: матку, яичники, молочные железы — всё то, что необходимо для вынашивания, вскармливания и кормления ребёнка. Но как

она реализует эти функции? Совершенно по-другому, чем те же 100 лет назад. Это всем хорошо известно, это не нами созданный процесс. Таковы особенности **мировой репродукции**, которые не могут не сказаться на физиологии и в меньшей степени на анатомии женского организма. В основе многих заболеваний современных женщин лежит хорошо описанный **эколого-репродуктивный диссонанс**: несоответствие анатомии и физиологии женского организма его продуктивности.



Самое яркое проявление описанных трансформаций — сниженная рождаемость вследствие изменившегося во всём мире и у нас в стране репродуктивного поведения. Вместо семи детей в семье образца 1917 года (для чего нужно было родить около восьми) в настоящее время — **1,42** (страшная цифра 2022 года). Известно, и не грех повторить, что **для простого воспроизводства** мамы и папы (не расширенного, как это было всегда до рубежа XX–XXI веков) необходимо в среднем **2,15** ребёнка на одну семейную пару. Такого количества нет ни в одной европейской стране. И мы далеко не самые последние в этом печальном ряду **убывания ретности**, которая на самом деле и определяет рождаемость. Вовсе не количество рождённых детей, как полагали ранее.

Вместо восьми родов за жизнь теперь, соответственно, 1,5. Ещё 100 лет назад женщина за всю жизнь имела **80–100 менструаций** — всё остальное время уходило на вынашивание беременности, на лактационную аменорею. Эксклюзивное грудное вскармливание занимало около 18 лет из проживаемых 47, а больше кормить было нечем. Не было заменителей, адаптированных молочных смесей и прочих «благ». Современная женщина кормит в среднем **6 мес**. Вот, собственно говоря, и всё объяснение росту распространённости **болезней цивилизации**.



Все события, которые происходили в жизни женщины раньше, были связаны с её **основной биологической функцией** — репродукцией. С чем не спорит ни одна религия, ни одна философская школа. Спорят, зачем мы живём. Но мысль о том, что главное в деяниях человека — это воспроизводство себе подобных (доктрина «плодитесь и размножайтесь»), казалось, не имеет альтернатив. Современное репродуктивное поведение демонстрирует, что имеет. И альтернатива этому — **бездетные семьи**. Идеологически их немного больше, чем семей, состоящих в **бесплодном браке**. Однако подавляющее большинство живущих в полном соответствии с планируемым (и фактическим) количеством детей в семье как раз и базируется на 50% желающих иметь одного ребёнка. Затем 30% — двух и оставшиеся — трёх и более. В этой картине, хорошо описанной, заботящей все страны, руководство всех государств, есть одна неизвестная: почему? Мы до сих пор не можем аргументированно ответить на этот вопрос. Многие объясняют это **образованием**. Действительно, не только в Европе, но и в Юго-Восточной Азии и Африке, когда-то славившихся своим запредельным многообразием, стало понятно: лопатой заработать на достойную жизнь уже практически невозможно, нужно иметь образование. А оно во всём мире **стоит дорого**. Поэтому ограничение числа детей в семье многие демографы объясняют желанием иметь возможность дать образование рождённым детям. Кто может — трём. Кто — четырём. Во всяком случае, образовательные услуги дешеветь не будут. На одном из последних перинатальных конгрессов первый слайд программного доклада начинался словами: «Многие считают, что образование в наше время стоит слишком дорого». Точка. С красной строки: «Ну что ж, попробуйте обойтись». Действительно, не обойдёмся. Но это проблемы научного, а тем более практического плана, не медицинские.



Медицина обеспечит приём родов любого количества женщин, как бы много их ни было. К сожалению, когда их

[ Для простого воспроизводства населения (не расширенного, как это было до рубежа XX–XXI веков) необходимо в среднем 2,15 ребёнка на семью. Такого количества нет ни в одной европейской стране. ]

[ Малорождение равняется излишнему количеству менструаций. Трудно представить, чтобы на протяжении 100–120 лет изменилась биологическая программа, позволяющая иметь 400 менструаций вместо 80. При этих одном-двух рождённых за жизнь женщины детях излишние менструации равны анемизации. ]



мало, процесс деторождения становится гораздо более сложным. Уменьшается только **риск инфекционно-воспалительных заболеваний** из-за перегруженности. Мы с этим научились бороться современными перинатальными технологиями. Поэтому вопрос о родовспоможении в количественном плане не стоит. Повторяю, речь идёт о качестве. Прежде всего о качестве этих изменившихся физически, но требующих реализации основной биологической функции женского организма, а именно вынашивания, рождения и вскармливания. На этом пути возникает ряд так называемых **цивилизационных проблем**, об одной из которых мы уже сказали: малорождение равняется излишнему количеству менструаций. Трудно себе представить, чтобы на протяжении 100–120 лет изменилась биологическая программа женского организма, позволяющая иметь **400 менструаций** вместо 80. При этих одном-двух рождённых за жизнь женщины детях излишние менструации равны **анемизации**. Мы неоднократно обращались к совершенно непопулярной (непонятно почему) теме анемии женщин вне и во время беременности. К большому сожалению, должно внимания эта проблема не имеет по сегодняшний день. Увидев гемоглобин 105 г/л, врач не начинает никаких активных действий. Да, женщина не беременная, менструирующая, но она анемизирована и подлежит лечению. Не у акушера-гине-

колога, а у профильного специалиста. Что же предложила ВОЗ? Эксперты ещё в 2016 году назвали анемию менструирующих женщин тихой пандемией. ВОЗ выработала консенсус по обеспечению во всём мире всех женщин от 15 до 49 лет железом. 30–60 мг ежедневно 3 мес в году. При этом не указывалось, какое железо, двух-, трёхвалентное, это всё дело фармакологов. ВОЗ разработала стратегию, консенсус подписало большинство стран мира. Просто, логично, казалось, выполнимо. Увы, за 7 лет, прошедших с подписания этого разумного документа, прекрасного в своей простоте, оказалось **невыполнимо**. Дорого. Даже самое дешёвое железо на такое огромное количество мировой женской популяции **экономически непожётно** практически для всех стран, которые понимают необходимость восполнения железодефицита, ибо в организме оно не производится, должно поступать извне. И ещё хорошо бы, чтобы оно поступало вместе с белком, поскольку молекула гемоглобина состоит из двух субъединиц гемового железа и глобинового белка. Понятно, что в странах с дефицитом не только железа, но и белкового питания анемизация распространена гораздо больше. В позапрошлом году в России было **16 территорий**, где анемизация женщин была **более 40%** всей женской популяции. Любый врач, даже не профильный специалист, тот же акушер-гинеколог, должен

рекомендовать дотацию железа. А в нашей стране это пока всё ещё доступно. Есть много препаратов, содержащих 30 мг микроэлемента, не имеющих запредельной цены. Пока, во всяком случае. Однако назначения подобного рода всё ещё очень редки. Хотя к акушеру-гинекологу женщины именно этого возраста (до ухода на пенсию, когда они ходят в поликлинику измерять давление, делать ЭКГ) обращаются чаще всего.



Что же «гонит» женщин к акушеру-гинекологу? Известно! Трапедия, обращённая верхушкой вниз: бели, кровянистые выделения, аномальные маточные кровотечения, болевой синдром. И вот, собственно, почти всё из числа **наиболее весомых причин**. Полностью исключены профилактический осмотр, скрининговые исследования, диспансеризация при выявленных заболеваниях. То есть вот эта **профилактическая часть** работы при уже прогнозируемом железодефиците **не стала популярной** среди населения. В этом не наша вина. Это **дело** пропагандистов здорового образа жизни — профессионалов общественного просвещения, **средств массовой информации**. В результате мы имеем **пренебрежение симптомами** (уже существующими и снижающими качество жизни!), которые якобы здоровые считают принятыми для всех, распространёнными и не требующими внимания врача. Самое критически значимое — **контрацепция**. Её нет в перечне основных причин посещения гинеколога. Контрацептивное консультирование на седьмой, восьмой, девятой позициях, а то и далее. Вот что создаёт нездоровье пока ещё здоровых! По-прежнему аборт — широко обсуждаемая сегодня проблема. Здесь мы их касаться не будем, но доктрина «замена аборта контрацепцией» остаётся актуальной для всего мира.



Единичные обращения к врачу связаны и с **синдром предменструального напряжения**, который приводит не только к недужности самой женщины, но и к **нездоровью всей её семьи**: мужа, детей, совместно проживающих родственников, сотрудников. В клинических проявлениях этого весьма распро-

странённого синдрома лежит не только болезнь самой женщины, рубрицированная в МКБ, но и **косвенные страдания** от её дисфорических состояний всех **окружающих**, включая пассажиров в метро и другом общественном транспорте. «Так он же не лечится!» — ответят самые грамотные посетительницы интернета. Неправда. Если не излечивается, то течение его можно улучшить, и об этом должны знать и врачи, и пациентки. Надежда если не на радикальную, то по крайней мере на **симптоматическую помощь** в преодолении этого недуга есть.

[ Не всегда повышение массы тела сопровождается инсулинорезистентностью, дислипидемией, гипертензией, однако любое ожирение рано или поздно перейдёт в метаболический синдром. Вопрос времени. ]

Обильное менструальное кровотечение (ОМК) — тоже болезнь, с которой сами женщины обращаются, только когда ОМК превращается в аномальные маточные кровотечения (АМК). А если бы связывать **анемизацию** современных женщин с **избыточностью менструаций**, то помощь могла бы прийти и от акушера-гинеколога, а не от профильного специалиста. Не будем касаться беременности — отдельная большая, занимающая колоссальный удельный вес в нашей и теоретической, и практической деятельности тема. Но **прогнозировать** у анемизированных женщин с выраженным **гипоксическим синдромом** все будущие **осложнения гестации** в состоянии любой врач на любом участке женской консультации.

Ну и, конечно же, обогнавшая анемизацию женщин болезнь (или синдром, как угодно), называемая в МКБ-11 **ожирением**. Кому-то нравится обозначать состояние **избыточной массой тела**. Пожалуйста, если это поможет перейти к активным действиям. Хотя методологически не совсем верно: граница между ними — **ИМТ=30 кг/м<sup>2</sup>**, если менее — избыточная масса тела, более — уже ожирение. Кто-то любит сразу ставить **метаболический синдром**. Таковой действительно существует. Однако не всегда повышение массы тела сопровождается инсулинорези-

стентностью, дислипидемией, гипертензией, но любое ожирение рано или поздно перейдёт в метаболический синдром. Вопрос времени.

Какими бы ни были терминологические перипетии, важно помнить: ожирение **не лечится волшебными таблетками** и уколами, даже при наличии трёх зарегистрированных препаратов (орлистат, сибутрамин, лираглутид). Но ведь у нас принято думать и надеяться: «Если будет укол или таблетка, то я похудею, избавлюсь от избыточной массы тела...» Это **ошибка**. Потому что все нынешние и будущие препараты для лече-

ния ожирения мыслимы лишь в сочетании с **расхождением калорий**. Не только с их преобразованием в организме, но и со сжиганием их в процессе **физической нагрузки**, желательно ежедневной. Увы, массового перехода на здоровый образ жизни у нас в стране пока не наблюдается. Не виден он и в перспективе даже при создании хороших спортивных площадок, в том числе по месту жительства, бесплатных. Я уже не говорю о популярности кроссовок. Не устаю удивляться: ты на работу ходишь в кроссовках, ну, побегай в них же вокруг своего дома полчаса, ни копейки не стоит. Доказанная **польза колоссальная**. Вот этих полчаса в день, 2,5 ч в неделю достаточно для нормализации веса. Конечно, не изолированно, в сочетании с ограничением сладкого (избыточно потребляемого), жирного (сверхизбыточно потребляемого). Что скрывать, все мы любим вкусно поест, а **вкус определяется жиром** (академик Шарманов, 1968).



И оказывается, что **две тихие пандемии** — анемия и ожирение — с хорошо известными, изученными, многаяжды упоминаемыми даже в средствах массовой информации болезнями не находят должного подтверждения, не

диагностируются. И мы с вами, можно сказать, первые получившие **неоспоримые доказательства**, как правильно нас учили ещё 100 лет назад, трёх факторов риска **рака эндометрия**. Их широкая распространённость уже вывела его на второе место после **рака молочной железы**. Это, согласитесь, тоже естественно: малорождение не требует функциональной активности молочной железы. Если женщина кормит не 18 лет, а полгода, то бездействующая молочная железа становится полем битвы различных нарушений гормонального гомеостаза. И не только эстрогенов и гестагенов, как думают некоторые. А вот рак эндометрия — ответ на отсутствие беременности в условиях доказанного эстрогенового избытка в подкожной жировой клетчатке; его сочетание с гипертонической болезнью и сахарным диабетом есть метаболический синдром. Патофизиологи давно предлагают трактовать эти синдромы как **единую болезнь**.

Обидно! Этот самый доброкачественный рак, застигнутый вовремя, не приведёт к смерти женщины при адекватных лечебных мероприятиях, простом удалении матки. Но когда он запущенный, переходит на миометрий, то течёт **по сценарию одного из самых злокачественных**, а именно рака шейки матки. Рак эндометрия, обогнавший 4 года назад по количеству цервикальный, стал тяжелейшей проблемой. И для рака молочной железы, и для рака шейки матки есть **контраверсионные**, спорные, не всегда эффективные, но **скрининги**. Однако для рака эндометрия такой программы нет! Поэтому у самой здоровой «пышечки» с избыточной массой тела, с повышенным давлением и сахаром, который уже выше 5,1 ммоль/л, необходимо сделать ультразвуковое исследование с измерением толщины эндометрия. **ПВ! И избежать выскабливания**. Вместо этого под контролем гистероскопии сделать вакуум-аспирацию эндометрия. Выскабливание без гистероскопии даёт

[ Мы с вами, можно сказать, первые получили неоспоримые доказательства трёх факторов риска рака эндометрия. Их широкая распространённость уже вывела его на второе место после рака молочной железы. ]

42% ложноотрицательных результатов, рак пропускается. Вакуум-аспирация позволяет не нарушать кюреткой целостность слоёв эндо- и миометрия. К сожалению, раньше чем через 3 мес пациентка не попадёт на операцию ни в одной стране мира: ожидание гистологического заключения, предоперационное обследование, пересмотр стёкол — всё это занимает время. Проблема представляется чрезвычайно серьёзной именно для акушеров-гинекологов, которые с **порога** кабинета видят эту группу риска рака эндометрия: ожиревшие, с гиперемированным лицом гипертоника, часто знающие о гипергликемии, но не вставшие на учёт к эндокринологу.



Даже у тех, у кого нет рака, то есть у практически здоровых, начинается **менопаузальный переход**. Ему тоже не уделяется должного внимания, прежде всего самими пациентками. И самый ранний признак будущего климактерического синдрома — не приливы. Это сухость влагалища и некие **гисфорические**, похожие на депрессивные симптомы, самые примитивные: нет прежней энергии по утрам, желания вставать и идти на работу, заниматься хозяйственными делами, как было раньше. Очень важная **грань перехода** от здоровья к нездоровью! Потом уже будут приливы, но и с ними женщина не идёт к врачу: у мамы были, прошли за полтора года. То есть эти явно больные женщины считают себя здоровыми, не получают потребной медицинской помощи, в том числе при тяжёлых климактерических проявлениях. К сожалению, до-

казанно эффективную **менопаузальную гормонотерапию (МГТ)** получают лишь 1,5% в ней нуждающихся. Всё. Поэтому в тех странах, где МГТ получают 60% этого контингента, пациентки и живут дольше, и чувствуют себя лучше. При этом не считая себя здоровыми, в отличие от наших **традиционных взглядов** на здоровье/нездоровье.

Отдельная тема — **пролапсы**. Их не видят ни сами пациентки, ни врачи, ограничиваясь информацией, удерживает ли мочу. Если да, то всё в порядке. А то, что зияет половая щель со всеми последующими неприятностями для женского организма? Что выпадает задняя стенка влагалища? Что уже есть дизурические и проктологические проблемы? Пальцем помогает она дефекации! Об этом речь почему-то не идёт.



В этом небольшом обзоре я представил свой взгляд на проблему здоровья и нездоровья, поставив в кавычки «здоровье здоровых». Когда-то бытовала **шутка**: «Нет здоровых, есть недообследованные». Я считаю, что эта шутка перестала быть таковой. Она стала одним из нехороших атрибутов нашей жизни. Как было показано, на всём жизненном женском пути многие нарушения, синдромы и рубрицированные в МКБ болезни не находят должной оценки ни самих женщин, ни, к сожалению, врачей. Наша с вами колоссальная задача — **превидение!**

Более глобальный подход к сохранению здоровья — **антиэйджинг**, в котором будет нуждаться женское население и нашей страны тоже. Выявлять. Активно. Любыми средствами. Использовать самые современные технологии при тех заболеваниях, которые не лежат на поверхности, но весьма сильно влияют на **нездоровье якобы здоровых**. 

[ Когда-то бытовала шутка: «Нет здоровых, есть недообследованные». Я считаю, эта шутка перестала быть таковой. Многие нарушения не находят должной оценки ни самих женщин, ни, к сожалению, врачей. ]

# [ Информационное опыление ]

Для библиографических ссылок

• Маклецова С.А., Радзинский В.Е. Информационное поле MAPC и StatusPraesens для образовательной поддержки качественной медицинской помощи в России // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2023. — №6 (103). — С. 19–23.

# информационный патриотизм в действии

Информационное поле MAPC и StatusPraesens для образовательной поддержки качественной медицинской помощи в России



**Авторы:** Светлана Александровна **Маклецова**, канд. мед. наук, исполнительный директор MAPC, генеральный директор ГК StatusPraesens; Виктор Евсеевич **Радинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН, президент MAPC (Москва)

В сентябре 2013 года Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины (MAPC), официальным печатным органом которой, собственно, и выступает журнал StatusPraesens, торжественно отметила своё 10-летие в рамках традиционных «Сочинских контраверсий». Такие **круглые** даты всегда побуждают оглянуться назад и увидеть пройденный путь, дать ему какую-то оценку, увидеть **системность** в целеполагании и вообще в работе.

Удивительным образом такой вздумчивый анализ нашей деятельности привёл к неожиданному **самостоятельному** результату. Мы увидели «лес за деревьями» — осознали (и нарисовали; см. инфографику) то мощное **информационное поле**, которое мы формируем посредством своих проектов. И это поле — постоянно действующее, общедоступное, не скованное географией и разницей в часовых поясах.

Достигнутое осознание очень важно доносить до читателей нашего журнала, да и вообще до каждого нашего пользователя. Ведь есть большая разница — гулять в сквере рядом с домом или в огромном, хорошо оборудованном лесопарке с разнообразными «локациями». Точно так же информационное поле MAPC позволяет погружаться в него из разных точек, как географических, так и временных, — и достигать **результата**, так нужного **российским пациенткам**.

Современный врач, как, впрочем, и весь современный мир, оказался в очень непростой ситуации — мы переживаем **смену исторических эпох**. И дело не только в обострении политических и военных инициатив — темпы накопления и особенно **потребления** информации выросли **кратно**. «Робинзон Крузо» Даниеля Дефо современным взрослым читателям кажется неимоверно трудным для восприятия, хотя

раньше книга считалась детским **развлекательным** чтением.

Вся классическая русская литература, включая лидеров российского скачивания 2023 года (а это «Война и мир» Л.Н. Толстого и «Преступление и наказание» Ф.М. Достоевского\*), для современного читателя — чрезмерно длинна, перегружена деталями и лишними смыслами. Человечество в целом так **ускорило**, что более-менее длин-

\* «Война и мир» и «Преступление и наказание» стали самыми популярными произведениями классической литературы у россиян, 2022–2023 гг. (РБК Life).



ные публикации стали называть «лонгридами», имея в виду тексты свыше 6000—8000 знаков, то есть, по сути — любую статью в StatusPraesens. Текст, умещающийся в два-три экрана мобильного телефона, — вот что оптимально сегодня для среднестатистического «потребителя», хватающего информацию на бегу и поэтому по верхам.

Врачи — одна из последних групп «потребителей информации», **сцзивших своё окно внимания** до размера экрана мобильного телефона, однако и они тоже вслед за остальным миром поменяли свои «потребительские привычки». Врачам тоже нужно, чтобы было **коротко, просто, понятно** и, что особенно важно, — без лишнего «загруза», интересно и даже **увлекательно**. А ещё было бы здорово, чтобы нужная информация поступала мало того что переработанной (в кратком, понятном и вовлекающем пересказе), но и ещё по тем **информационным каналам**, которые нам доступны и привычны.

## Конференции: больше, лучше. И ближе

Именно соображения удобства для врачебной аудитории руководствовались МАРС и StatusPraesens при создании и развитии своего **информационного поля**. Следуя потребностям российских акушеров-гинекологов, мы планомерно создавали и развивали проекты, охватывающие **все** возможные каналы поступления информации к врачам (см. инфографику).

Например, раз уж врач считает одним из самых значимых источников информации **очные** врачебные мероприятия, то МАРС и StatusPraesens просто обязаны организовывать конференции самых разных размеров, тематик и географии. Так всё и началось в 2008 году — с первых «Сочинских контраверсий», а в 2009 году — с конференции «Ранние сроки беременности» в Москве.

За 15 лет мы масштабировали контресс-активность по всей стране.

- «Сочинские контраверсии» в Сочи ежегодно.
- «Весенние контраверсии» в Москве ежегодно.
- Конференц-марафон «Перинатальная медицина» в Санкт-Петербурге ежегодно.
- «Казанские чтения», «Уральские чтения», «Сибирские чтения», «Донские сезоны» — все проходят 1 раз в 2 года.

Логичным дополнением стали общероссийские мероприятия в Москве **по отдельным темам**: ранним срокам беременности, шейке матки, медицине молочной железы, антиэйджингу и др. И всё это — лишь часть большой информационной работы StatusPraesens в России, поскольку дополнительно **23–24 города** страны встречают «субботники МАРС», когда с утра до самого вечера в субботу в среднем по 200 врачей «прокачивают» свою систему знаний с помощью авторитетных экспертов, постоянно следящих за всеми обновлениями научных знаний и практических методик. Кроме того, **семь больших городов** (Краснодар, Воронеж, Нижний Новгород, Уфа, Пермь, Омск, Красноярск) в сотрудничестве с местными экспертами ежегодно собирают «среднеразмерные» межрегиональные конференции.

Подобная системность позволяет в течение одного календарного года обеспечить возможность практически **каждому акушеру-гинекологу страны** побывать на мероприятии МАРС и StatusPraesens **очно**.

Результат системного подхода поражает воображение — за 10 лет существования МАРС, с 2013 года, **более 327 000** врачей посетили **очные** мероприятия МАРС и StatusPraesens.

С позиций сегодняшних реалий (высокая загруженность врачей, нечастые выезды из своего региона, копящийся кадровый дефицит) такое **географическое масштабирование** нашей информационной работы особенно важно.

В течение года хотя бы одно из мероприятий StatusPraesens обязательно окажется максимально близко от врача — там, куда ему можно легко прийти или приехать, например, на электричке. Быть **ближе** к практикующим специалистам — наша большая задача.

## Что лучше — очно или онлайн?

По этому вопросу идёт много споров (скорее всего потому, что «...оба лучше»), однако у очных мероприятий преимуществ действительно много.

Да, «...онлайн с нами навсегда», и очень удобно воспринимать информацию прямо с рабочего места или из дома, забравшись в любимое кресло с дымящейся кружкой чая. К тому же в онлайн много всего интересного. Однако...

**Только** очная конференция позволяет **полностью** отключиться от прочих внешних обстоятельств и **целиком** настроиться на получение новой информации. Врача не будут отвлекать пациенты, дёргать руководство, а семья не станет требовать немедленного внимания и выполнения домашних обязанностей. Безусловно, ничто не мешает параллельно с онлайн-трансляцией варить борщ, но качеству **концентрации** это серьёзно повредит. И борщу тоже на пользу не пойдёт.

Правило «Если делаешь — делай» применительно к усвоению новой информации лучше всего работает именно на очных мероприятиях: если уж **выделил время** для «личной прокачки» — делай это максимально эффективно. Именно поэтому очно — лучше, особенно если бой-команда прекрасных спикеров решила посвятить твоему городу свою субботу, например. К тому же очное мероприятие — хорошая возможность **неформально** пообщаться с коллегами вне территории лечебного учреждения или регионального минздрава.

Впрочем, у онлайн-формата тоже много своих преимуществ.

[ В течение года хотя бы одно из мероприятий МАРС и StatusPraesens обязательно окажется максимально близко от врача. Быть ближе к практикующим специалистам — наша большая задача. ]

## Печатное слово по-прежнему слово

Не менее важный канал поступления информации к врачу — журналы и книги, то есть печатное слово в целом. В достопамятном 2009 году StatusPraesens, помимо организации конференции «Ранние сроки беременности», разразился также пилотным выпуском журнала StatusPraesens с темой номера «Ранние сроки беременности» и одноимённой же книгой.

В 2023 году МАРС на «Сочинских контраверсиях» отметил очень большое событие — выпуск 100-го номера журнала StatusPraesens. Подобное долголетие — итог планомерной битвы за качество наших текстов, что наглядно отражают рейтинги журнала StatusPraesens, с 2014 года занимающего первое место по всем показателям, в том числе по читаемости и глубине чтения. Нас читает около 61%\* всех российских акушеров-гинекологов.

Более 30 книг, около 230 клинических лекций, информационных писем, три больших клинических протокола МАРС в нескольких редакциях — тот объём работы, который был проведён редакцией журнала StatusPraesens с момента основания. И работы — нужной врачам и востребованной, поскольку, например, трёхтысячный тираж руководства «Очерки эндокринной гинекологии» (под ред. В.Е. Радзинского), вышедшего в мае 2023 года, к ноябрю оказался практически распродан.

Издавать медицинские журналы и книги таким образом, чтобы их чтение становилось отдыхом, а не работой, — тоже наша большая цель.

И результат.

## Цифровые реалии

О всеобщей цифровизации после Германа Грефа\*\* не говорит только ленивый. Не осознавать мировую трансформацию и сторониться её уже невозможно. Сегодня очень ощутимо, что врачебные «потребительские привычки» существенно сдвигаются в сторону цифрового мира. И в рамках нашего информационного поля это тоже очень заметно. Да, приходится масштабировать тексты и сокращать их в объёме до нескольких экранов мобильного телефона, однако информация при этом остаётся информацией, а врач — её потребителем. Главное именно это.

Электронные рассылки, соцсети, Telegram-каналы, онлайн-школы, трансляции и прямые включения с наших больших мероприятий — мы видим, как быстро растёт их вос-

\* 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», проведённого ООО «Ипсос Комкон» осенью 2020 года в 21 крупнейшем городе России.

\*\* «...На рубеже 2010-х годов произошёл переход от информационной эпохи в цифровую. Мы получили возможности накапливать гигантский объём информации и хранить его очень дешево. Самое главное, появились средства, которые позволяют этот массив данных обрабатывать. И появились принципиально новые компании, которые взрывают отрасли, считавшиеся традиционными и недоступными для инноваций...» (Герман Греф, 2018).

[ Российские женщины, как и женщины всего мира, заслуживают наилучшей медицинской помощи, соответствующей топовым научным достижениям. ]

требованность. В мобильном приложении SPNavigator в январе 2024 года ежедневно проявляли активность более 3000 врачей, за весь 2023 год в системе было проведено более 1 млн подсчётов индекса массы тела (посредством встроенного калькулятора), к дайджестам клинических рекомендаций (по три страницы вместо 40–60) обращались более 260 тыс. раз, а пациентские памятки скачало около 110 тыс. женщин.

При этом самое важное, что цифровой мир окончательно стирает географические и временные границы, и каждый врач получает возможность погружаться в информационное поле МАРС и StatusPraesens в любое время дня и ночи в любой точке земного шара.



Политический контекст последних лет очень активно будоражит социум, и тема патриотизма постепенно обретает всё более глубокое звучание. И хотя врачебная деятельность a priori политически нейтральна (она не разделяет пациентов по национальности, убеждениям и даже степени опасности для социума), всё-таки важно держать в умах, что мы оказываем медицинскую помощь именно российскому населению. И хотя нас отключили от Scopus, заблокировали санкциями многие возможности проводить научные исследования (перекрыт закупки высокотехнологичного оборудования, реактивов, международных баз знаний и т.д.), доступ к мировой информации по-прежнему существует.

И если мировые многоцентровые исследования и клинические протоколы свидетельствуют о высокой эффективности, например, препаратов ДГА при ГУМС или НПВС в уменьшении кровопотери при обильных менструальных кровотечениях, то эти знания должны быть немедленно внедрены в российскую практику. Ибо российские женщины, как и женщины всего мира, полностью заслуживают наилучшей медицинской помощи, соответствующей топовым научным достижениям. Всё, что достигнуто коллективным разумом человечества в деле улучшения здоровья, должно быть представлено и применяться в России на популяционном уровне. Максимально широко и без задержек.

Вот почему одна из важных задач каждого врача — быстро и эффективно обновлять свою систему знаний, обеспечивая максимально возможное качество медицинской помощи. И в этом, несомненно, много патриотичного.

В этом контексте МАРС и StatusPraesens видят свою задачу в том, чтобы максимально облегчить для врачей процесс сбора и усвоения новых медицинских знаний. Проявляя в действии тот самый информационный патриотизм. 

# БЕЗГРАНИЧНАЯ ГЕОГРАФИЯ



## Информационные проекты Марс и StatusPraesens выходят за рамки географии



**ONLINE** Практически все проекты информационного поля SP имеют **«цифровое зеркало»**, а многие просто изначально проходят в чисто цифровом формате.

### 10 ЛЕТ РАБОТЫ MAPC

<p><b>121</b> Общероссийское мероприятие</p> <hr/> <p><b>183 310</b> География мероприятий врачей Москва, Санкт-Петербург, Казань, Новосибирск, Екатеринбург, Сочи, Ростов-на-Дону</p>	<p><b>41</b> Межрегиональная конференция «Здоровье женщины — здоровье нации»</p> <hr/> <p><b>24 078</b> География мероприятий врачей Уфа, Нижний Новгород, Красноярск, Воронеж, Краснодар, Омск, Пермь, Ставрополь, Белгород</p>	<p><b>144</b> Школы практикующего врача</p> <hr/> <p><b>61 750</b> врачей</p>
<p><b>197</b> Субботников MAPC</p> <hr/> <p><b>57 954</b> География мероприятий врача Уфа, Нижний Новгород, Красноярск, Воронеж, Краснодар, Омск, Пермь, Ставрополь, Белгород, Барнаул, Иркутск, Калининград, Ижевск, Тюмень, Тула, Ярославль, Самара, Рязань, Волгоград, Оренбург, Орёл, Симферополь, Челябинск</p>		

Спасибо всем, кто так активно стремится к знаниям! В среднем каждый акушер-гинеколог страны **хотя бы раз** бывает на наших очных мероприятиях и **трижды** становится пользователем наших цифровых проектов.



## StatusPraesens В ВАШЕМ ГОРОДЕ В 2024 ГОДУ

<b>А</b> Архангельск, <b>16 ноября</b>	<b>М</b> Москва, <b>13–15 марта, 24–26 мая</b>	<b>С</b> Самара, <b>10 февраля</b>
<b>Б</b> Барнаул, <b>6 июля</b>	<b>Н</b> Нальчик, <b>12 октября</b>	Санкт-Петербург, <b>15–17 февраля, 14–15 ноября</b>
<b>В</b> Волгоград, <b>23 ноября</b>	Нижегород, <b>7–8 июня</b>	Саратов, <b>2 марта</b>
Воронеж, <b>12–13 апреля</b>	Новосибирск, <b>24–26 октября</b>	Сочи, <b>6–9 сентября</b>
<b>И</b> Иркутск, <b>1 июня</b>	<b>О</b> Оренбург, <b>27 января</b>	Ставрополь, <b>6 апреля</b>
<b>К</b> Казань, <b>18–20 апреля</b>	Орёл, <b>14 декабря</b>	Сургут, <b>29 июня</b>
Калининград, <b>30 марта</b>	Омск, <b>8–9 ноября</b>	<b>У</b> Уфа, <b>21–22 июня</b>
Краснодар, <b>22–23 марта</b>	<b>П</b> Пенза, <b>15 июня</b>	<b>Х</b> Хабаровск, <b>30 ноября</b>
Красноярск, <b>17–18 мая</b>	Пермь, <b>4–5 октября</b>	<b>Я</b> Ярославль, <b>28 сентября</b>
	<b>Р</b> Ростов-на-Дону, <b>19 октября</b>	

## ГЕОГРАФИЯ ОЧНОГО StatusPraesens — 2024



**Вывод:** Задача MAPC и StatusPraesens — обеспечить возможность **каждому** акушеру-гинекологу, педиатру и неонатологу присутствовать в нашем информационном поле и **черпать из него** современную информацию. Тем способом, который **удобен для конкретного врача**. Милости просим!

StatusPraesens

# МЕД ПОЛИТ

Для библиографических ссылок

• Козлов Р.С. Цифровые технологии в контроле антибиотикорезистентности // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2023. — №6 [103]. — С. 25–28.

# ИСКУССТВО ВЫБОРА

## Цифровые технологии в контроле антибиотикорезистентности



**Автор:** Роман Сергеевич Козлов, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., ректор Смоленского ГМУ, президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), главный внештатный специалист Минздрава РФ по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ по укреплению потенциала в сфере надзора и исследований антимикробной резистентности (Смоленск)

**Копирайтинг:** Ольга Быкова

В начале 2023 года сотрудники Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ (ЦНИИОИЗ) опросили 2425 респондентов в попытке понять **уровень знаний** россиян об антибиотиках<sup>1</sup>. Результат поразил и чрезвычайно насторожил экспертов. Так, за последний год антибактериальные препараты принимали 54,6% опрошенных, причём 49,1% — занимались самолечением, нередко покупая препараты без рецепта. Более того, **72,5%** участников исследования вовсе **не нуждались** в такого рода терапии, но антибиотики принимали при ОРВИ, других вирусных инфекциях, эпизодах повышения температуры, при кашле, COVID-19, боли в горле и цефалгии, гриппе, диарее и даже «для профилактики». Более половины (60,5%) опрошенных пребывали **в неведении** относительно рисков неправильного применения этой категории лекарств и предпосылок к формированию устойчивости патогенов к терапии.

**А**нтибиотикорезистентность оказывает влияние не только на течение инфекционных заболеваний, проблема **гораздо шире**. При сохранении темпов формирования устойчивости, по мнению экспертов, к 2050 году потери экономики составят до 7% мирового ВВП, а **материнская смертность** (показатель, максимально вовлекающий акушеров-гинекологов) вырастет более чем **в 50 раз**<sup>2</sup>. С полученными зарубежными данными перекликаются и отечественные. Специалисты из Санкт-Петербурга в 2016 году представили результаты собственного мониторинга **бремени** антибиотикорезистентности<sup>3</sup>. Выяснилось, что дополнительные затраты, связанные с мероприятиями инфекционного контроля при инфекциях, вызванных метициллинорезистентным золотистым стафилококком (*Methicillin-*

*resistant Staphylococcus aureus, MRSA*), в городских учреждениях составили 275,83 млн руб., а в масштабах страны — почти **13,8 млрд**. И стоит отметить, что в аналитическую справку исследователей попали далеко не все патогены, лишь *S. aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, а ведь список «влиятельных» бактерий гораздо шире, что лишь добавляет трагичности ситуации.

Есть тема  
для дискуссий

Несмотря на достаточно широкий резонанс в профессиональном сообществе, публикация Джима О'Нила (Jim O'Neill) дала почву не только для критики, но и для конструктивного диалога.

[ При сохранении текущих темпов формирования антибиотикорезистентности бактерий к 2050 году потери экономики составят до 7% мирового ВВП, а материнская смертность вырастет более чем в 50 раз. ]

Один из самых крупных за последнее время систематических обзоров, включивший **204 страны**, **23** бактериальных патогена и **88** комбинаций возбудителей и лекарственных средств, показал всю серьёзность проблемы и нерадушные **перспективы невмешательства**<sup>4</sup>. Авторы работы подчёркивают, что ежегодно почти **2 млн человек погибают** от инфекций, вызванных устойчивыми к терапии штаммами бактерий. Только лишь *E. coli* способна вызвать летальный исход у **800 тыс.** человек ежегодно, хотя не стоит сбрасывать со счетов инфекции нижних отделов дыхательных путей, мочевых и кровотока, абдоминальные инфекции и ряд других. Результаты обзора учитывали статистику **«гопандемийного»** периода, и, как не трудно догадаться, коронавирусная инфекция внесла в них свои коррективы, причём далеко не в лучшую сторону. Сегодня, наблюдая столь негативные тенденции распространения антибиотикорезистентности, можно говорить о том, что проблема уже вышла за рамки сугубо медицинской и социальной сферы, она представляет собой **угрозу для национальной безопасности**.

В качестве одного из решений глобальной проблемы эксперты рекомендуют практикующим врачам сверять свои назначения с региональными картами мониторинга антибиотикорезистентности. В мире существует несколько

систем эпидемиологического надзора за распространением устойчивости бактерий. Европейским региональным бюро ВОЗ совместно с Европейским обществом клинической микробиологии и инфекционных заболеваний (European society of clinical microbiology and infectious disease, ESCMID) и Национальным институтом общественного здоровья и окружающей среды Нидерландов (National institute for public health and the environment, RIVM) в 2012 году была создана Сеть по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам в странах Центральной Азии и Восточной Европы (Central Asian and Eastern European surveillance of antimicrobial resistance, **ACESAR**). В коллаборации с Европейской сетью эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным препаратам (**EARIS-Net**) они регулярно выпускают **отчёты** о состоянии проблемы<sup>5</sup>.

Существует такая же система и в России: над базой данных **AMRmap** работает команда специалистов НИИ антимикробной химиотерапии (НИИАХ) Смоленского ГМУ и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ)<sup>6,7</sup>. Эта онлайн-платформа **концентрирует** в себе результаты проспективных многоцентровых эпидемиологических исследований антибиотико-

резистентности, регулярно актуализируя информацию о чувствительности к лекарственным средствам клинических изолятов, выделенных на территории нашей страны. На протяжении 2020–2021 годов в ходе изучения устойчивости нозокомальных возбудителей в России было отслежено **11535 штаммов**. Среди проявивших резистентность более **50%** составили представители порядка *Enterobacterales*, на второй позиции оказалась синегнойная палочка (**14%**).

## Рано облегчённо вздохнули

Несмотря на то что ВОЗ официально **отменила пандемию** коронавирусной инфекции, актуальность этой проблемы не стала меньше. По всему миру эпидемиологически возникают новые вспышки. И хотя медицинское сообщество уже владеет инструментами борьбы с этой болезнью, отработаны методики, схемы, созданы клинические рекомендации, избежать эпизодов **самолечения и некорректных** назначений препаратов в целом вряд ли удастся.

Прошедшая пандемия «одарила» нас **новым витком** появления суперинфекций. Так, ретроспективный анализ данных **53 919** госпитализированных пациентов одного из крупных отечественных профильных центров показал, что частота **нозокомальных** инфекций, сопровождающих SARS-CoV-2, составила **30%**. Среди них преобладали инфекции нижних отделов дыхательных путей (**61%**), а за ними расположились инфекции мочевых путей (**18%**) и других локализаций в меньшем представительстве. Обобщая данные, удалось выяснить также, что нозокомальные инфекции представляли **79% всех осложнений** в реанимационных отделениях.

Стоит отметить, что некоторая «растерянность» медицинского сообщества перед начальной атакой коронавируса, активное использование антибиотиков в первый год пандемии (как в числе врачебных назначений, так и без них) ещё дадут о себе знать<sup>8</sup>. И не с лучшей стороны. Именно поэтому одной из важных стратегических задач стоит признать необходимость методичной **разъяснительной работы** с пациентами,

### Множественная, экстремальная и панрезистентность в РФ по состоянию на 2019–2021 гг.

Возбудитель	Полирезистентность, %	Экстремальная резистентность, %	Панрезистентность, %
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	79,2	9,6	0,2
<i>Acinetobacter baumannii</i>	82,4	36,1	0,4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	47,2	27,8	1,1
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,5	0	0
<i>Enterococcus faecium</i>	63,6	6,4	0
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	15,1	0	0

[ Проблема устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам уже вышла за рамки сугубо медицинской и социальной. Сегодня она представляет собой угрозу для национальной безопасности. ]

чтобы внедрить в сознание как можно большего числа людей аксиому: назначение антибиотиков — **исключительная прерогатива врача**. Здесь нет и не должно быть места «советам бывалых и опытных», консультациям провизора, рекомендациям из интернета.

## Одинаковые, но немного разные

Эксперты отмечают, что при рассмотрении проблемы антибиотикорезистентности важно различать три параметра:

- **множественную резистентность** — устойчивость к трём и более антибиотикам различных групп;
- **экстремальную резистентность** — сохранение чувствительности к одному-двум препаратам;
- **панрезистентность** — устойчивость ко всем клинически доступным антибиотикам.

Анализ изолятов, полученных в рамках системы AMRmap в 2019–2021 годах, показал большую **неоднородность** формирования разных видов устойчивости у основных патогенов (таблица).

К счастью, доля микроорганизмов, обладающих панрезистентностью, невелика, но сам факт возникновения таких штаммов настораживает. Это говорит о том, что без **рационального** подхода к выбору антимикробных препаратов и **раннего, быстрого, но качественного** выявления резистентности в современной клинической практике не обойтись.

## Есть и позитив

Несмотря на настораживающий тренд, всё же есть моменты, где **общими усилиями** медицинскому сообществу удаётся достичь своего рода победы над резистентностью. Так, в последнее время можно наблюдать снижение числа резистентных к цефтриаксону штаммов *S. pneumoniae*. И этого результата удалось достигнуть благодаря внедрению **программы иммунизации** детей в нашей стране и за рубежом<sup>9,10</sup>.

Определено несколько механизмов действия вакцинации в отношении антибиотикорезистентности. В частности, соблюдение **календаря прививок** создаёт



© Julia\_Sudnitskaya / Контекстура/Stock

[ **Вакцинопрофилактика обеспечивает иммунитет организма ещё до встречи с патогеном, тем самым предупреждая развитие заболевания и сводя на нет необходимость приёма антибактериальных препаратов.** ]

предпосылки к предотвращению инфекционных заболеваний и **снижению циркуляции** возбудителей в популяции. Вакцина обеспечивает иммунитет организма ещё **до встречи** с патогеном, тем самым профилируя развитие заболевания и сводя на нет необходимость приёма антибиотиков в целом. Снижается вероятность мутации отдельных бактерий, формирования резистентности и передачи гена резистентности в колонии возбудителей. Формирование **коллективного иммунитета** уменьшает вероятность инфекций в группах риска, в том числе среди непривитых (например, среди новорождённых)<sup>11</sup>. В целом, предотвращая возникновение и распространение бактериальных инфекций в популяции, вакцинация **регулирует** объём используемых антибиотиков, косвенно влияя на риск

формирования и распространения резистентности.

Говоря о положительной роли вакцин в противостоянии резистентности, стоит вспомнить о **гриппе**. Именно это инфекционное заболевание лидирует в списке нозологических единиц, ассоциированных с необоснованным применением антибиотиков при выявлении симптомов поражения верхних отделов дыхательных путей. Ещё в начале 2000-х годов в Канаде сравнили частоту назначения рецептурных антибиотиков в провинции Онтарио, где была внедрена программа всеобщей вакцинации от гриппа, и в других агломерациях, где прививали только пациентов групп риска<sup>12</sup>. Выяснилось, что в Онтарио число случаев назначения антибиотиков сократилось **на 64%**, чем не могли

[ Даже относительно небольшой рост резистентности кишечной палочки (возбудителя инфекций мочевых путей и ряда нозокомиальных инфекций) к терапии может стать причиной крайне неблагоприятных исходов. ]

похвастаться другие территории страны. Наконец, вакцинация способна снизить потребление антибиотиков и противовирусных препаратов для терапии коинфекций или суперинфекций путём профилактики возникновения первичного патогенного очага.

К сожалению, совсем иначе выглядит ситуация с микроорганизмами, против которых нет вакцин. Например, уже упомянутая кишечная палочка — возбудитель инфекций мочевых путей, циститов и ряда нозокомиальных инфекций, в том числе в акушерско-гинекологических стационарах. Даже относительно **небольшой рост** резистентности этого патогена к терапии может стать причиной крайне **неблагоприятных исходов**.

## Проблема потребления

Ещё до 2019 года ситуация с потреблением системных препаратов из группы антибиотиков в нашей стране не выглядела проблемной. Среди других государств Европы Россия имела один из самых низких показателей. Так, в 2017 году значение DDD (defined daily dose — установленная суточная доза) на 1 тыс. населения составляло 11,82 в амбулаторном сегменте и 2,66 в стационаре. А вот в 2020-м можно было наблюдать взлёт «популярности» системных антибиотиков — 15,93 и 3,03 соответственно. Стоит отметить, что **колоссальные усилия** Минздрава РФ, профессионального сообщества, включая МАКМАХ, позволили **стабилизировать** ситуацию к 2021 году, вернув показатели на «допандемийный» уровень: 12,92 и 2,82 соответственно. Достижение? Безусловно! Но усилия по дальнейшему контролю над приёмом антибиотиков необходимо продолжать. На этом пути перспективными можно считать утверждение профессионального стандарта «Специалист в области

**медицинской микробиологии»** и **правил проведения** лабораторных исследований. О понимании значимости проблемы антибиотикорезистентности в нашей стране говорит и факт выделения чрезвычайно существенного бюджета — почти 6 млрд руб. — на **модернизацию лабораторий** медицинских организаций, осуществляющих диагностику инфекционных болезней.

## Оптимизаторы в действии

Одна из наиболее интересных и практических разработок на отечественном поле противодействия супербактериям — **экосистема веб-продуктов** по вопросам антимикробной резистентности, получившая название **AMRhub**<sup>13</sup>. Это очень полезный и удобный рабочий инструмент для врача. Вот лишь некоторые из его преимуществ.

Платформа **AMRmap** концентрирует информацию, полученную в результате многоцентровых исследований, проводимых специалистами НИИАХ и МАКМАХ, объединяя данные более чем из 70 городов России и ряда стран СНГ. На ресурсе собрана информация о свыше **50 тыс.** не повторяющихся клинических изолятов, а также о генетических детерминантах резистентности. Вся база регулярно пополняется, что даёт возможность любому врачу буквально **в режиме реального времени** получать сведения о перспективах клинического применения лекарственных средств.

Ещё один продукт экосистемы — **AMRcloud**. По сути, это **карта антибиотикорезистентности**, сформированная для конкретного лечебного учреждения. Клиницисты получают «дашборды»: сканируя QR-код, специалист видит избранную информацию в формате графиков или таблиц с быстрым доступом онлайн. Важно, что пользователь сам принимает решение, открыть ли свои

данные другим клиницистам. И стоит отметить, что сегодня в эту систему уже интегрированы более **300 лабораторий** по всей стране.

Хорошим практическим подспорьем может стать **справочник по антибиотикотерапии (AMRbook)**. Сегодня ежемесячно информацией из этой онлайн-библиотеки пользуются свыше 4,5 тыс. врачей. Вся информация справочника систематизирована по разделам: терапия, патогены, спектр активности. Данные не просто обобщены и удобно скомпонованы, но и постоянно актуализируются.

Наконец, одна из последних разработок, включённых в экосистему AMR, — рабочая среда **протоколов терапии AMRnote**. Она позволяет клиницистам создавать собственные протоколы и справочники препаратов, а также пользоваться уже готовыми документами, публиковать свои схемы лечения для общего доступа.

Работать с такими инструментами очень просто, все доступы бесплатны, что очень ценно в наше время. Из любого даже самого отдалённого уголка страны специалист может «попасть» в это хранилище достоверной информации об антибиотиках. Нужен только интернет и... желание не допустить распространения антибиотикорезистентности.



Безусловно, обвинять антибиотики во всех бедах человечества ни в коей мере не стоит. Наоборот, нам необходимо приложить максимум усилий для того, чтобы сохранить эту группу лекарственных средств для будущих поколений. Без антибиотиков не будет эффективного лечения инфекционных заболеваний. Да и рисковать откатом назад, когда до открытия пенициллина от пневмонии умирали девять из 10 человек, погибали роженицы и даже небольшая бытовая травма могла закончиться фатально, вряд ли кто-либо захочет. Практически безальтернативной в современных условиях становится консолидация усилий всего медицинского сообщества против нарастающей агрессии супербактерий. **SP**

Библиографию см. на с. 84–86.



## ШКОЛА юридической самообороны

Для библиографических ссылок

- Тхостова Е.Б. Интервью с ответственным секретарём комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) Александром Васильевичем Ивановым // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2023. — №6 (103). — С. 31–36.

# Всё не так, как надо...\*

Интервью с ответственным секретарём комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) Александром Васильевичем Ивановым

Беседавала: канд. мед. наук Елизавета Борисовна Тхостова, StatusPraesens (Москва)

Как известно, любые **сложные проблемы** имеют простые и **лёгкие для понимания неправильные решения**. Новости об очередном **нападении на медработников** или, наоборот, об очередной **жертве «врачей-убийц»** вызывают примерно одинаковую реакцию — у медиков в первом случае и у пациентов во втором: **«надо ужесточить наказание»**. Ветхозаветный принцип **«око за око, зуб за зуб»** срабатывает **на уровне рефлекса**, но никак не приближает нас к цивилизованным отношениям. Что могло бы стать **реальным выходом** из тупика?

**SP** Уважаемый Александр Васильевич, тема недостаточной правовой защищённости медработников не нова — обсуждение возможных изменений законодательства идёт уже четверть века. Однако результат почти нулевой: врачи и пациенты по-прежнему считают, что находятся по разные стороны баррикад, а уровень взаимной агрессии только растёт. Недавно в Государственной думе РФ прошёл «круглый стол», на котором говорили о насилии в отношении медиков<sup>1</sup>. Каков масштаб этой проблемы и что вы считаете причиной сложившейся ситуации?

**Александр Иванов (А.И.):** Строго говоря, у «круглого стола», который прошёл в Госдуме 8 декабря, была более узкая тема, чем правовая защищённость в целом, — он назывался **«Обеспечение безопасности медицинских работников в новых условиях»**. Дело в том, что в июле этого года председатель Комитета по охране здоровья Б.Н. Башанкаев направил в Минздрав РФ письмо<sup>2</sup> с просьбой сообщить, **сколько нападений** было совершено на медиков в связи с исполнением ими своих должностных

обязанностей и **какие меры** были приняты. Оказалось, что, по предварительным данным, за I полугодие 2023 года было зарегистрировано **82 ф случая** **насилия**, в том числе **3 ф опасных для жизни и здоровья**. Лидерами в «антирейтинге» стали Омская, Орловская, Новосибирская и Челябинская области, а также Москва.

Понятно, что это только **«верхушка айсберга»** — вряд ли в **официальную статистику** попали все случаи агрессии, **оскорблений** или, например, хамских высказываний в адрес врачей **в интернете**. Это подтверждают и **меры реагирования**, перечисленные в ответе Минздрава: **вызов сотрудников охраны или полиции, оказание медицинской помощи потерпевшим**. Ещё в ноябре 2022 года была создана **рабочая группа**, которая должна проанализировать сложившуюся ситуацию и подготовить предложения по профилактике насилия; с начала 2023 года проводится **мониторинг** с использованием специального **классификатора**. Это, конечно, важно, но **явно недостаточно** для решения проблемы.

\* Владимир Высоцкий «Сон».



Александр Васильевич Иванов, ответственный секретарь комиссии по правовым аспектам медицинской деятельности Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС), директор по развитию ГК StatusPraesens (Москва)

[ Во времена Гиппократов врача, который лечил больного, считали почти богоподобным и дискуссия, как его защитить, была просто невысказана. Теперь же «рефлекс на белый халат» не срабатывает. ]

Если говорить о причинах, то они, как мне кажется, очевидны: за последние десятилетия произошли крайне **негативные изменения в отношении общества к медработникам**. Как отметила одна из коллег на «круглом столе», все помнят, что врачи давали клятву Гиппократов, но почему-то забывают, что во времена Гиппократов того, кто лечил больного, считали почти богоподобным. Представить себе дискуссию, как его защитить, было просто невозможно. Теперь же «рефлекс на белый халат» не срабатывает — только на серую форму сотрудников полиции, которые, как было сказано, **не в полной мере реализуют меры защиты медиков**, предусмотренные законодательством, что позволяет правонарушителям **избегать ответственности**.

В 2019 году центром социального проектирования «Платформа» совмест-

но с ВЦИОМ было проведено исследование, результаты которого были опубликованы под заголовком «**Кризис доверия в российской медицине**»<sup>3</sup>. Только **один из десяти** опрошенных пациентов согласился с тем, что **его здоровье вообще интересует врача**. Было отмечено, что люди **хотят быть вовлечены** в процесс принятия решений, касающихся их здоровья, им **нужны понятные разъяснения** и внимание, они **не готовы верить на слово** и склонны всё перепроверять. А врачи? А они воспринимают любые расспросы как недоверие, обижаются при упоминании «медицинских услуг» вместо «помощи», считают, что к ним предъявляют необоснованные требования, и постоянно **ожидают угрозы** — от различных проверяющих, прокуроров и средств массовой информации.

Понятно, что **несоответствие взаимных ожиданий** провоцирует конфликты, которые приводят не только к «**выяснению отношений**» прямо в кабинете врача, но и к «**веерным**» рассылкам **жалоб**, гражданским **искам** о компенсации причинённого вреда, требованиям привлечь

медиков к **уголовной ответственности**. Поэтому на «круглом столе» говорили не только о защите от нападений, но и о новостной политике **средств массовой информации** и о «**декриминализации**» медицинской деятельности.

**SP** Если посмотреть на заголовки в интернете, трудно отделаться от мысли, что никаких запретов на огульные обвинения медработников не существует. Конечно, можно вспомнить о свободе слова и «оценочных суждениях», но, когда журналист или блогер пишет «Вывернули матку наизнанку: молодая мать умерла в мучениях»<sup>4</sup>, он понимает, какие эмоции это должно вызвать у читателей. Аналогичная ситуация и с оскорбительными отзывами пациентов в соцсетях... Как вы думаете, можно ли что-то сделать с этим на законодательном уровне?

**А.И.:** Мне тоже кажется, что **свобода слова**, закреплённая в ст. 29 Конституции РФ<sup>5</sup>, часто воспринимается как **вседозволенность**. Хотя в Конституции есть ещё и 21-я статья, которая **запрещает ущемлять чьё-либо достоинство**, а в законе «О средствах массовой информации»<sup>6</sup> написано о **недопустимости** использования прав журналиста для **распространения слухов** под видом достоверных сообщений, а также **с целью опорочить гражданина или группу граждан**, в том числе по признаку профессии.

Конституционный суд прямо указывал на обязанность работников средств массовой информации, в том числе сетевых, **проверять достоверность** сообщаемой им информации<sup>7</sup>. Но что мы видим на самом деле? Если при оказании медицинской помощи **произошла трагедия**, журналисты и блогеры **назначают виноватого «автоматически»**, — конечно, это врачи, кто ж ещё... Новости появляются **через несколько дней** после происшествия, и ситуация, требующая детального анализа, преподносится исключительно **со слов родственников**, только что потерявших близкого человека. Их эмоции профессионально **подогревают адвокаты**, «шокированные» тем, что анализы в медицинской карте подклеены не в хронологическом порядке<sup>8</sup>. При этом у медработников вообще нет возможности дать какие-то пояснения — они обязаны **соблюдать врачебную тайну**.

Понятно, что просто запретить публикации на подобные темы нельзя. Зато можно установить на **законодательном уровне** требования, обеспечивающие возможность представления **точки зрения второй стороны** — для этого условием публикации должно быть **согласие потерпевшего на разглашение** медработниками сведений, составляющих врачебную тайну. При этом любые **обвинения** в наступлении неблагоприятного исхода должны быть полностью **исключены до решения суда**.

Конечно, можно вспомнить, что в Кодексе об административных правонарушениях<sup>9</sup> (КоАП), в Гражданском<sup>10</sup> (ГК РФ) и Уголовном кодексах<sup>11</sup> (УК РФ) есть статьи «Защита чести, достоинства и деловой репутации», «Оскорбление» и «Клевета». Случаи, когда **врачи обращаются в суд** и он становится на их сторону, действительно бывают. Например, в июне этого года Шестой

кассационный суд общей юрисдикции оставил в силе решение Октябрьского районного суда г. Ижевска и апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Верховного суда Удмуртской Республики об **удалении негативных отзывов**, которые не соответствуют действительности, с сайта prodoctorov.ru и о **выплате доктору компенсации морального вреда** в размере 50 тыс. руб.<sup>12</sup> Но так происходит не часто.

На «круглом столе» в Госдуме был показан скриншот новости с заголовком «В Новосибирске вынесли приговор **хирургу-убийце**»<sup>13</sup> — про врача, которого признали виновным в **причинении смерти по неосторожности** вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Убийство — это **умышленное преступление**, предусмотренное ст. 105 УК РФ, а приговор был вынесен по ч. 2 ст. 109 УК РФ — утверждение «убийца» **не соответствует действительности**. Но мне сложно представить, что в этой ситуации доктор станет защищать свою честь и достоинство в суде.

Читатели же **запоминают** всё именно так, **как было написано**. Поэтому неудивительно, что 2 года назад перед зданием Минздрава Республики Бурятия прошла акция родителей погибших детей, на которой предлагали объявить 29 января **днём памяти жертв врачебного равнодушия**<sup>14</sup>.

**SP** Есть распространённый обывательский «штамп»: врачи сами выбрали себе такую профессию и дали клятву Гиппократу; они должны понимать, что неадекватное поведение пациента связано с его психологическим состоянием, и ни в коем случае не могут «давать сдачи». Доходит до публикаций в «Российской газете», что медикам надо научиться джигу-джитсу, чтобы ненароком не навредить нападающему<sup>15</sup>... Имеет ли врач право на самооборону и в каких пределах?

**А.И.:** Мне кажется, здесь есть некоторая **подмена понятий**. Никто не спорит с тем, что любой врач должен обладать навыками **профессиональной коммуникации**, уметь предупреждать и сглаживать конфликты. Этому надо целенаправленно **учить**, так же как соблюдению **норм этики и морали** при оказании медицинской помощи и конкретным действиям,

направленным на формирование у пациента **положительного опыта беременности и родов**<sup>16,17</sup>. Хотелось бы надеяться, что дело **не ограничится речевыми модулями**, рекомендованными Минздравом для использования при доабортном консультировании<sup>18</sup>.

Однако бывают ситуации, когда на медработника **нападают** в прямом смысле этого слова — и тогда он имеет полное право **защищать свою жизнь и здоровье**. Причём не только свою — ст. 37 «Необходимая оборона» УК РФ и разъяснения, данные по этому поводу пленумом Верховного суда РФ<sup>19</sup>, позволяют пресекать противоправные действия, **направленные против других людей**. Закон не предусматривает никаких

данность нападения или сильный испуг могут привести к невозможности **оценить ситуацию объективно**.

Однако если человек **понимал, что опасности уже нет**, и всё равно причинил вред нападавшему, то его действия **не будут рассматриваться с позиций необходимой обороны**. В марте 2016 года в Белгороде был вынесен **приговор хирургу городской больницы**<sup>20</sup> — он решил «разобраться» с подвыпившим пациентом, на которого пожаловалась медсестра (тот пнул её ногой во время промывания желудка). Врач нанёс ему **удар в область шеи** — в результате произошла рефлекторная **остановка сердца**. Заодно был избит и сопровождающий, который пытался помешать драке.

[ Любой врач должен обладать навыками профессиональной коммуникации с пациентами и уметь сглаживать конфликты. Но, когда на него нападают, он имеет полное право защищать свою жизнь и здоровье. ]

специальных ограничений, связанных с профессией врача, хотя существуют **общие правила**, которые надо знать.

Дело в том, что законодательство разделяет понятия **насилия, опасного для жизни** (включая непосредственную угрозу его применения), и **посягательств, не связанных с таким насилием** или его угрозой (к которым относят побои, причинение лёгкого или средней тяжести вреда здоровью, повреждение имущества и т.п.). В первом случае тот, кто обороняется, вправе причинять **любой вред нападающему**. Во втором нельзя выходить за **пределы необходимой обороны**, то есть совершать умышленные действия, явно несоответствующие опасности посягательства. Как отличить одно от другого?

О **реальной опасности для жизни** свидетельствует, например, ранение жизненно важных органов, применение оружия (или предметов, которые используются в таком качестве), удушение и т.п. **Непосредственная угроза** такого насилия может быть высказана на словах или заключаться в демонстрации оружия — если есть основания предполагать, что она будет немедленно реализована. Кроме того, Верховный суд РФ указал, что нежи-

Были опрошены **свидетели**, изучены записи с камер **видеонаблюдения** и проведена **судебно-медицинская экспертиза (СМЭ)**, установившая наличие прямой причинно-следственной связи между травмой каротидного синуса и наступлением смерти. Суд сделал вывод, что врач **не находился в состоянии необходимой обороны** (ни ему, ни медсестре ничего не угрожало, пациент не только не нападал, но и не сопротивлялся). Действия хирурга были квалифицированы по ч. 4 ст. 111 и п. «а» ч. 2 ст. 116 УК РФ. Наказание — **9 лет 2 мес в колонии строгого режима** с лишением права заниматься медицинской деятельностью на 3 года.

**SP** Эксперты Национальной медицинской палаты предлагают дополнить УК РФ специальными статьями о причинении вреда жизни и здоровью медработников, которые находятся при исполнении должностных обязанностей. Как вы думаете, даст ли это какой-то эффект? Насколько вообще правильно, чтобы за аналогичные преступления в отношении врачей было предусмотрено одно наказание, а учителей или инженеров — другое?



© wabeno / Коллекция/Stock

А.И.: Желание максимально **жёстко наказывать** за нападение на медицинских работников при выполнении ими должностных обязанностей — так, **чтобы не повадно было** — абсолютно понятно. Кроме того, это было бы наглядной демонстрацией **признания особой важности системы здравоохранения** государством. Замечу, что ст. 124.1 «Воспрепятствование оказанию медицинской помощи» УК РФ вообще **не направлена на защиту врача** — и Л.М. Рощаль прав, говоря, что в ней наказание поставлено в зависимость от последствий для пациента. Если доктор, несмотря ни на что, смог оказать помощь, то его судьба никого и не волнует<sup>21</sup>...

Однако позиция Генеральной прокуратуры<sup>22</sup>, МВД<sup>23</sup> и Минздрава РФ заключается в том, что существующих **норм законодательства достаточно**. Главный аргумент — совершение преступления в отношении лица, **осуществляющего служебную деятельность** (под этим понимается выполнение обязанностей по трудовому договору<sup>24</sup>), — и сейчас признаётся обстоятельством, **отягчающим наказание**, согласно ст. 63 УК РФ.

Законопроект, **предусматривавший ужесточение** «административной и уголовной ответственности за оскорбление, причинение вреда здоровью, нанесение телесных повреждений, смерти при исполнении (либо в связи с исполнением) медицинским работником своих должностных обязанностей», получил **отрицательный отзыв правительства РФ**<sup>25</sup>. Причина — всё перечисленное, как и вопрос о правовом статусе медработников, выходит за рамки предмета правового регулирования Федерального закона №323-ФЗ<sup>26</sup>. В результате проект **был отклонён** депутатами Госдумы в ноябре 2023 года<sup>27</sup>.

**SP** Ещё один вопрос, который часто обсуждают в контексте правовой защищённости врачей, — о «декриминализации медицинской деятельности»<sup>28</sup>. Обычно под этим имеют в виду исключение уголовной ответственности за причинение тяжкого вреда здоровью или смерти по неосторожности при ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей. Какой точки зрения придерживаетесь вы, если учесть, что УК трактует «неосторожность» как небрежность и легкомыслие?

А.И.: Мне не очень нравится слово «декриминализация» — оно создаёт впечатление, что **занятие медицинской деятельностью** само по себе грозит **уголовным преследованием**. Все же понимают, что это не так...

Если же говорить о **преступлениях, совершённых по неосторожности**, предусмотренных ч. 2 ст. 109 (в случае смерти пациента) и ч. 2 ст. 118 УК РФ (при причинении тяжкого вреда здоровью), то здесь тоже не всё однозначно. Во-первых, ст. 26 УК РФ определяет «неосторожность» как «**легкомыслие**» или «**небрежность**». Легкомыслие — когда человек предвидел возможность опасных последствий своих действий или бездействия, но самонадеянно рассчитывал на их предотвращение. Небрежность — если он вообще ничего не предвидел, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности мог и должен был это сделать. Во-вторых, речь идёт о **ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей**. В-третьих, это не «**чисто медицинские**» статьи — их применяют и в отношении работников других профессий (например, водителей автотранспорта).

В своих письмах Генеральная прокуратура, МВД и Следственный комитет<sup>29</sup> указали, что **не видят оснований менять** механизм привлечения медработников к уголовной ответственности за «неосторожные» преступления. А некоторые эксперты вообще считают, что «роль **уголовно-правового регулирования** профессиональной медицинской деятельности будет расти, поскольку оно рассматривается как один из **инструментов реформирования отрасли**»<sup>30</sup> (оговариваясь, правда, что это не очень эффективно).

На мой взгляд, нет **никаких подтверждений**, что угроза уголовного преследования врача **положительно влияет на качество** медицинской помощи. Гораздо вероятнее, что он будет стремиться выполнять только формальные требования, **избегая рискованных вмешательств** в интересах пациента. И ещё стоит учитывать, что упомянутые преступления относят к **категории «небольшой тяжести»**. Для них предусмотрен двухлетний срок привлечения к уголовной ответственности, в течение которого крайне **проблематично провести все экспертизы** по «медицинским» делам.

**SP** По статистике, число «врачебных» уголовных дел, возбуждённых по ст. 238 УК РФ (об оказании услуг, не соответствующих требованиям безопасности), не меняется. Однако сам факт её использования в отношении медработников вызывает протест у юристов, выступающих в их защиту, прежде всего поскольку ни одно медицинское вмешательство не бывает полностью безопасным. Как вы думаете, что реальнее — вообще исключить её применение, когда речь идёт о медицинской помощи, или получить разъяснения Верховного суда, как оценивать выполнение требований безопасности?

А.И.: Это ещё один сложный вопрос, особенно учитывая, что преступления, предусмотренные ч. 2 ст. 238, относят к категории **тяжких**, а ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118, как я уже сказал, **небольшой тяжести**. Можно выделить два ключевых момента.

[ Нет никаких доказательств, что угроза уголовного преследования положительно влияет на качество медицинской помощи — скорее врач будет избегать рискованных вмешательств в интересах пациента. ]

Во-первых, в названии ст. 238 использован **термин «услуга»**. Определение медицинских услуг приведено в ст. 2 Федерального закона №323-ФЗ (вмешательство или комплекс вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение), а их **номенклатура** утверждена приказом Минздрава РФ №804н<sup>31</sup>. Однако **требования к безопасности конкретных услуг** не установлены.

Конечно, есть ещё **закон «О защите прав потребителей»**<sup>32</sup>, который определяет понятие безопасности любой услуги как безопасность для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях, а также безопасность процесса её оказания. Кроме того, в ст. 7 сказано, что **обязательные требования**, которые должны её обеспечивать, **устанавливаются законом** или в определённом им порядке. Что же написано в законах?

Согласно определениям в Федеральном законе №323-ФЗ, медицинская **деятельность** включает в себя оказание медицинской **помощи**, которая предусматривает предоставление медицинских **услуг**. В соответствии с Федеральным законом №99-ФЗ<sup>33</sup> такая деятельность подлежит **лицензированию**, одна из целей которого — **предотвращения ущерба** правам, законным интересам, **жизни или здоровью** граждан. Лицензионные требования<sup>34</sup> касаются не только соответствующей **материально-технической базы** и **кадров**, но и, например, соблюдения **порядков** оказания медицинской помощи, положений об организации её оказания, **правил проведения диагностических исследований**, организации реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медэкспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медосмотров и освидетельствований, а также требо-

ваний к внутреннему **контролю качества и безопасности** медицинской деятельности.

Последние утверждены приказом Минздрава РФ №785н<sup>35</sup>, требуют оказывать помощь на основе **клинических рекомендаций** и с учётом **стандартов**, а также наделяют главных врачей правом издавать локальные акты в рамках внутреннего контроля (**стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий** работников организации), в том числе с учётом **критериев оценки качества** медицинской помощи<sup>36</sup>.

Таким образом, исходя из логики законодательства о защите прав потребителей напрашивается вывод, что **невыполнение любого пункта** одного из этих документов можно трактовать как **нарушение требований к безопасности** медицинской услуги. При том что их **реальное влияние на жизнь и здоровье** пациента сильно различается.

Во-вторых, существует **проблема квалификации** «медицинских» преступлений, связанных с причинением **смерти**

или тяжкого вреда здоровью по неосторожности, — по ч. 2 ст. 238 УК РФ или по ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ. Последствия одинаковы, и их наступление носит непредумышленный характер. Здесь есть важный нюанс: ст. 238 предполагает **умышленное оказание небезопасных услуг**, но **не намерение причинить вред** здоровью или смерть.

К сожалению, постановление пленума Верховного суда №18<sup>37</sup> не позволяет чётко ответить на вопрос о применении ст. 238 УК РФ. В частности, сказано о необходимости принимать во внимание **реальную опасность** услуги, выясняя, могло ли её оказание привести в обычных условиях к тяжким последствиям (на основе экспертных оценок). При этом выполнение **любого медицинского вмешательства** связано с определённым **риском для жизни и здоровья** пациента. Другой тезис — что ст. 238 УК РФ касается посягательств на **общественные отношения**, связанные с **охраной здоровья населения**. Но в конкретных случаях речь идёт о совершенно **определённом потерпевшем**, и факт, были нарушения систематическими или нет, обычно роли не играет. То есть квалификация преступления **остаётся на усмотрение следователя**.

На мой взгляд, дополнение ст. 238 УК РФ примечанием, что её **действие не распространяется** на случаи оказания медицинской помощи, **вряд ли реально**, — по крайней мере, Генеральная прокуратура и Минюст России уже выступили против этого предложения. Возможным выходом было бы решение **не применять законодательство о защите прав потребителей** в случаях бесплатного оказания медицинской помощи **по программе госгарантий**.

**SP** Не секрет, что при судебных разбирательствах по «врачебным делам» решающее значение имеют результаты СМЭ. В последнее время появились предложения придать процессуальный статус экспертам профессиональных медицинских сообществ. На ваш взгляд, будет ли это способствовать более объективному расследованию таких дел?

**А.И.:** Это довольно **интересное предложение**, хотя пока не совсем ясно, **как оно может быть реализовано**. Если всё сведётся к тому, что профессиональные

некоммерческие организации будут **рекомендовать своих представителей** для участия в следственных действиях и судебных заседаниях в качестве специалистов, особых **изменений не произойдёт**. Мнение любого даже самого опытного и авторитетного врача, дающего пояснения по конкретным вопросам, изначально **менее значимо**, чем заключение **комиссионной СМЭ**.

Если же предполагается придать ему **процессуальный статус, сравнимый со СМЭ**, то потребуются не только **изменения существующих** нормативных документов (прежде всего кодексов), но и **создание новых**, где будут описаны требования к такому эксперту и регламентирован порядок его работы.

[ Если медицинские ассоциации будут участвовать в формировании комиссии экспертов и в её состав будут включены опытные специалисты соответствующего профиля, то качество СМЭ станет выше. ]

Мне кажется, есть более простой вариант: предусмотреть **участие медицинских ассоциаций в формировании комиссии экспертов**. Напомню, что, согласно новому приказу Минздрава РФ №491н<sup>38</sup>, для привлечения к производству СМЭ **сотрудников медицинских, научных или образовательных учреждений** нужны два ходатайства: сначала эксперта-организатора перед своим руководителем, затем его — перед следователем или судом, назначившим экспертизу. Требования, чтобы их **специальность соответствовала профилю** оказанной медицинской помощи или чтобы у них был **определённый опыт ведения подобных пациентов**, по-прежнему нет. Очевидно, что если с помощью профессиональных сообществ **решать эту проблему** в каждом конкретном случае, то можно **повысить качество СМЭ**.

**SP** Многие врачи традиционно связывают вопрос своей правовой защищённости со страхованием профессиональной ответственности. Какую реальную роль может играть этот институт?

**А.И.:** Напомню, что **объектом страхования** профессиональной ответственности

могут быть только **имущественные интересы** — застраховаться **от уголовного преследования нельзя** в принципе<sup>39</sup>. **Гражданские иски** о возмещении вреда, причинённого в связи с оказанием медицинской помощи, **подают к медорганизациям**, а не к врачам — в соответствии со ст. 1068 ГК РФ. Правда, после выполнения решения суда работодатель может предъявить **регрессный иск** к своему работнику.

По общему правилу максимальный размер **материальной ответственности работника составляет один среднемесячный заработок**, а «закрытый» **перечень исключений** представлен в ст. 243 Трудового кодекса РФ<sup>40</sup> (например, наличие обвинительного приговора

суда). Поэтому **лично заключать** такой договор страхования **не имеет смысла**. А вот для **медорганизаций это оправдано**, только нужно **тщательно проработать текст договора**.

Хороший пример **реально работающего договора** размещён на сайте Медицинской палаты Свердловской области<sup>41</sup>. Он учитывает как риск ответственности по обязательствам, **возникающим вследствие причинения вреда** при оказании медицинской помощи (включая расходы, необходимые для предварительного выяснения обстоятельств наступления страхового случая), так и риск **непредвиденных расходов на защиту** (в том числе на юридическую помощь при ведении дел в судебных и арбитражных органах, оплату услуг экспертов и адвокатов). А страховой случай наступает не только при наличии **решения суда**, вступившего в законную силу, но и при утверждении судом **мирового соглашения** (заключённого с согласия страховщика) и даже просто **признанной претензии** о возмещении вреда (тоже с согласия страховой компании). **SP**



Для библиографических ссылок

• Князев С.А. Программированные роды: польза или опасность? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2023. — №6 (103). — С. 61–66.

**РОД  
ЗАЛ**

# приговорённые к родам

Программированные роды: польза или опасность?



**Автор:** Сергей Александрович Князев, зам. главного врача по акушерству и гинекологии ГКБ им. Е.О. Мухина, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН (Москва)

На прошедшем в сентябре 2023 года XVII Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» состоялось столкновение двух **диаметрально противоположных взглядов** на **программированные роды**. Столкновение не первое и вряд ли последнее. Предметов спора в этом вопросе всегда было предостаточно: что можно считать показанием к ним, а что нельзя, срок гестации, на который их целесообразно «программировать», действительно ли они снижают риск осложнений или их подгоняют под режим работы стационара, каков реальный эффект — положительный или негативный?

Почему кажущаяся простой и заманчивой идея программированных родов так и остаётся спорной и **неоднозначной** и есть ли хоть какие-то аспекты, на которые мы могли бы опереться в практической работе?

Согласно приведённому в отечественных клинических рекомендациях определению, программированные роды — это родоразрешение путём родовозбуждения **в назначенное время**, и поводом к нему могут быть медицинские показания или профилактика осложнений беременности, а **обязательным условием** — «зрелая шейка матки». Что же служит предметом дискуссии в столь простом понятии? На самом деле — почти всё. Чтобы доказать это, пройдём по всем составляющим этого определения, начав с наименее спорных.

## Дача показаний

Программированные роды при наличии показаний к ним вызывают меньше всего споров, разногласия могут возникнуть лишь по вопросу — **что же к это-**

**му списку относится**, а что нет. В эпоху «до клинических рекомендаций», когда существовало множество местечковых методичек, а также различных пособий, учебников и руководств, встречались **довольно спорные тезисы и утверждения**: «профилактика перенашивания, производится по достижении 39 нед»<sup>1</sup>. В настоящее время с этим хаосом почти покончено, поскольку теперь акушеры-гинекологи должны **руководствоваться клиническими рекомендациями**, в которых и содержится перечень медицинских показаний, но в заголовке использована формулировка «к индукции». Определение непосредственно «программированные роды» встречается в следующих тезисах.

- При быстрых и/или стремительных родах в анамнезе.
- При преэклампсии в отсутствие показаний к кесареву сечению.

[ Программированные роды — родоразрешение путём родовозбуждения в назначенное время, выполняемое при наличии соответствующих показаний с обязательным соблюдением условия — «зрелая шейка матки». ]

## Эволюция понятий

«Программированные роды» — термин современный. Индуцировать роды с целью получения живого плода впервые попробовал в 1756 году шотландский врач-акушер Джордж Маколей (George Macaulay) путём прокола плодного пузыря **серебряной проволокой**. Цель доктора действительно была благой: дать шанс женщине и ребёнку остаться живыми благодаря досрочному родоразрешению, поскольку в доношенном сроке это было невозможно, — речь идёт о чрезвычайно распространённом в те времена сильном **искривлении и сужении Таза** по причине рахита.

Почти сразу после первой такой удачной процедуры, получившей название «английская операция», к ней стали находить новые показания. Английский врач Томас Денман (Thomas Denman) предложил выполнять её во время гестации женщинам, в анамнезе которых были неоднократные случаи **внутриутробной гибели плода**, происходящей до начала родовой деятельности. «Английскую операцию» назначали за несколько дней до срока, когда погибали предыдущие дети, или же в случае, когда будущая мать отмечала ослабление шевелений плода<sup>2,3</sup>.

Однако и **категорические противники** у подобного вмешательства тоже имелись. В частности, французский акушер Жан-Луи Боделок (Jean Louis Baudelocque) настроил против него Парижскую медицинскую академию, которая в 1827 году назвала выполнение этой манипуляции *la question... inconvenante et presque immorale*, то есть «вопросом неприличным и почти аморальным»<sup>2</sup>.

В середине XIX века название «английская операция» начинают заменять на «искусственные роды», которые в подавляющем большинстве были преждевременными. В конце XIX века появляются новые термины — «насильственное» и «форсированное родоразрешение»<sup>4</sup>. Они чаще подразумевали **инструментальное расширение** шейки матки, но старейший и самый распространённый сегодня метод индукции путём разрыва плодного пузыря — амниотомию — использовали наравне с ними.

В 1970-х годах появляется термин «терминированные роды»<sup>5</sup>, который не прижился, и его изменили на «программированные». Оба впервые подразумевали родовозбуждение не только по медицинским показаниям, но и «профилактическое». В числе преимуществ программированных родов указывали<sup>1</sup>:

- подготовленность матери, её хорошее психическое состояние;
- роды в дневное время, когда присутствует **хорошо отдохнувший (!) подготовленный персонал (!)** родового блока;
- интенсивное наблюдение с начала родовой деятельности;
- укороченную продолжительность родов.

- При тяжёлой преэклампсии и отсутствии показаний к кесареву сечению.
- При гестационном сахарном диабете без метаболических нарушений и массе плода, соответствующей сроку беременности.
- При таких клинических ситуациях, как неблагоприятный перинатальный исход в анамнезе, для профилактики родов без оказания квалифицированной медицинской помощи, психических заболеваний и некоторых других состояниях.

Индукция без амниотомии может перейти в роды, а может и нет, но программированные роды — это родоразрешение. Однако индукция может быть выполнена и путём вскрытия плодного пузыря и превратиться в программированные роды. Эта **игра слов и терминов** привела к тому, что показания к индукции и к программированным родам по сути **не различимы**. Тем не менее правомочно их отождествлять лишь при наличии зрелой шейки матки — обязательном условии для программированных родов, даже вынесенном в определение.

Со зрелостью шейки матки ситуация также понятная, поскольку клинические рекомендации содержат шкалу её оценки и критерий понятия «зрелая» — **8 баллов и более**<sup>6</sup>. В целом документ в отношении этих двух составляющих определения достаточно точен, конкретен и удобен для использования. Единственное, что поставило в логический тупик, так это сноска после каждого названия подразделов 3-го и 4-го разделов: «Относится ко всем роженицам, которым показана преиндукция и индукция родов, если не указано иное»<sup>6</sup>. Как может быть показана индукция и преиндукция **роженице**, которая и так в родах, — непонятно.

## Абстрактный риск

Теперь переходим к абстрактной части определения, которая и служит залогом сохранения **дискуссии о пользе и вреде** программированных родов. Речь идёт о таком мотиве, как «для профилактики осложнений беременности (высокая степень перинатального и материнского риска)»<sup>6</sup>. Загвоздка в том, что после отмены приказа Минздрава СССР №430 (1981) в 2003 году<sup>7</sup> точно выразить понятие «высокий перинатальный риск» стало делом довольно затруднительным. Новых официально утверждённых систем, позволяющих определять степень риска математически, аналогичных отменённой, **так и не появилось**, поэтому другие существующие шкалы работают «на общественных началах».

Однако справедливости ради следует сказать, что новый порядок оказания медицинской помощи (приказ Минздрава РФ №1130н от 20 октября 2020 года) **оставил относительную лазейку** для их использования: в п. 24.2 «Индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы» внесена информация о степени акушерского риска без конкретизации способа его определения, но лазейка ограничена: «на основе клинических рекомендаций»<sup>8</sup>. **Точных шкал риска** ни в одних клинических рекомендациях, за исключением посвящённых венозным тромбоэмболическим осложнениям, **не приведено**. В связи с этим опять возникает субъективизм, который по-

зволяет расширять границы профилактики риска максимально широко, подводя под эту схему любые связанные с акушерством понятия.

## Экстремальные качели

Отсутствие единой системы определения перинатального риска не позволяет оценить возможность его снижения при программированных родах. Мы можем анализировать лишь их **влияние на отдельные результаты**: частоту кесарева сечения, применение окситоцина, развитие гипертензивных осложнений, госпитализацию новорождённых в отделение интенсивной терапии и так далее. С одной стороны, ничего плохого в этом нет, с другой — мы **рискуем угорить в ловушку**, когда, оценивая один параметр, упускаем из вида риск общий. В качестве примера можно вспомнить историю со шведским исследованием SWEPIIS (SWEdish Post-term Induction Study), стартовавшим в 2016 году и сравнивающим выжидательную тактику и индукцию в 41 и 42 нед гестации. Работа была завершена досрочно после пятого мертворождения и одной ранней неонатальной смерти в группе выжидания<sup>9</sup>.

Попытка найти границу максимально безопасного выжидания — пример одной крайности. Имеет место и другая — **сдвигать** срок программированных родов **на всё более ранний период** гестации. Существующий по сей день «маятник» появился в середине XX века, и поводом метаний в противоположных направлениях послужила профилактика мертворождения. Поскольку причины внезапной смерти плода были **неясны** (как и сейчас), а методов диагностики состояния плода, обладающих удовлетворительной прогностической ценностью, позволяющей гарантировать, что в ближайшие несколько дней или хотя бы часов беременность не замрёт, не было (и не появилось).

Снизить мертворождаемость попытались **рутинно** проводимыми программированными родами: у первородящих старше 35 лет их выполняли на 41-й неделе, старше 25 лет — на 42-й. Первые результаты были обнадеживающими, но при анализе их в комплексе — **не**

**[ Попытка найти границу максимально безопасного выжидания — пример одной крайности. Однако существует и другая — сдвигать срок программированных родов на всё более ранний период беременности. ]**

**столь однозначными.** Так, рост частоты индукции с 7,5 до 25,5% привёл и к росту наложения щипцов с 6,4 до 16,6%, при этом **почти не повлияв** на уровень общей перинатальной смертности — она уменьшилась с 25,2 до 25,1‰, хотя непосредственно мертворождаемость и снизилась. Дополнительным эффектом стало **повышенное использование окситоцина** с вытекающими отсюда последствиями — снижением оценки по шкале Апгар, ростом количества новорождённых, госпитализированных в отделения реанимации, и т.д.<sup>10</sup> Чем позже выполняли индукцию, тем реже она требовалась (большинство к этому времени вступало в роды самостоятельно), чем раньше — тем больше рождалось незрелых детей и чаще возникали осложнения в родах, поскольку организм к ним был ещё не готов.

## Точка сбора

В XXI веке появилась надежда, что амплитуда разброса среди вариантов «оптимального» срока беременности для программированных родов сократится и придёт к разумному интервалу, и причина этому — с каждым годом **увеличивающийся возраст рожениц**. До последнего времени оптимальным сроком для индукции многие руководства\* упоминали 41+: после 42 нед (ACOG, 2014), от 41 нед до 42 нед 6 дней (CNGOF, 2013), от 41 до 42 нед (NICE, 2008), но выводили беременных старше 35—40 лет на более раннюю позицию — после 39 нед (RCOG, 2013)<sup>10</sup>.

В большинстве развитых стран общая отсрочка деторождения приближается к этому возрасту и влияет на результат перинатальных исходов в по-

пуляции, делая оптимальным периодом завершения беременности — **до 41 нед**. Исследования, вышедшие в последние годы, подтверждают, что перенос срока индукции с «после 41» на «после 40» снижает частоту экстренного кесарева сечения, эпизиотомий, макросомий и выхода мекония в околоплодные воды<sup>11</sup>. У родившихся (как самопроизвольно, так и после индукции или кесарева сечения) после 39-й недели, но до наступления 41-й отмечена **самая низкая частота** мертворождений, младенческой смертности, детского церебрального паралича и эпилепсии<sup>12</sup>. Вероятно, этот интервал при отсутствии показаний к более раннему родоразрешению и **станет оптимальным** и, возможно, изменит тезис-рекомендацию действующего документа: «Рекомендовано при отсутствии иных медицинских показаний предлагать индукцию родов в 41 неделю беременности для снижения частоты кесаревых сечений и перинатальной смертности»<sup>6</sup>.

Это очень важный момент, поскольку именно группа беременных «с отсутствием иных медицинских показаний» чаще всего попадает в категорию программированных родов «с целью профилактики», и в последние годы именно в отношении них стали проявляться нездоровые популяционные.

## ARRIVE, или «Приехали»

Речь пойдёт в первую очередь об опубликованном в 2018 году и произведшем некоторый фурор рандомизированном исследовании, получившем название **ARRIVE** (A Randomized Trial

\* ACOG — American college of obstetricians and gynecologists, Американская коллегия акушеров-гинекологов; CNGOF — College national des gynécologues et obstétriciens français, Французская национальная коллегия акушеров-гинекологов; NICE — National institute for health and care excellence, Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи Великобритании; RCOG — Royal college of obstetricians and gynaecologists, Королевская коллегия акушеров-гинекологов Великобритании.

[ В клинических рекомендациях программированные роды и индукция разделены, однако в практическом акушерстве их нередко смешивают. Предлагая пациентке программированные роды и ссылаясь на зарубежные или отечественные гайдлайны, незаметно совершают серьёзную подмену понятий. ]



© Изображение создано при помощи нейросети Midjourney

of Induction Versus Expectant Management). В нём сравнивали элективную (без медицинских показаний) индукцию родов в сроке от 39 нед до 39 нед 4 дней и выжидательную тактику.

Согласно опубликованным результатам, индукция родов на этих сроках привела к **значительному снижению** частоты кесаревых сечений по сравнению с группой выжидания (18,6 vs 22,2%) и меньшей частоте гипертензивных расстройств (9,1 vs 14,1%) соответственно<sup>12</sup>. Идея запускать роды **без медицинских показаний** на этом сроке нашла продолжателей. В выводах очередного метаанализа, опубликованного

в 2023 году, было указано, что в этом случае у повторнородящих на 37% понижается вероятность разрыва промежности III или IV степени, ниже частота оперативных вагинальных родов и макросомии, однако у первородящих возрастает вероятность дистоции плечиков<sup>13</sup>.

Теория элективных родов нашла не только сторонников, но и критиков. В 2023 году были опубликованы два обзора, посвящённые публикациям ARRIVE и её влиянию с оценкой изменений в популяционных трендах в периоды pre-ARRIVE и post-ARRIVE. По данным сотрудницы кафедры акушер-

ства и гинекологии Стэнфордского университета (Стэнфорд, шт. Калифорния) Андреа Джелкс (Andrea Jelks) и соавт., в США в течение года после публикации исследования ARRIVE частота индукции родов среди нерожавших женщин низкого риска на сроке беременности более 39 нед увеличилась с 30,2 до 36,1%, в клинике «Санта-Клара-Вэлли» (Santa Clara Valley, Сан-Хосе, шт. Калифорния) у первородящих группы низкого риска — с 10 до 31,2%. При этом не произошло статистически значимого снижения частоты кесаревых сечений и преэклампсии, но возросло число хориоамнионитов<sup>14</sup>.

Элизабет Нетери (Elizabeth Nethery) и соавт. провели исследование в рамках программы оценки результатов акушерской помощи и проанализировали исходы родов у первородящих в 13 клиниках США в периоды с января 2016 года по июль 2018 года и с августа 2018 года по декабрь 2020 года. Границей была выбрана дата публикации ARRIVE — 9 августа 2018 года. В период post-ARRIVE частота плановой индукции на 39-й неделе **более чем удвоилась**, но снижения частоты кесаревых сечений или гипертензивных нарушений не произошло. Частота неблагоприятных перинатальных исходов (мертворождения или неонатальной смерти, оценки по шкале Апгар на 5-й минуте жизни ниже 4, судорог, септицемии или бактериемии, родовой травмы, реанимации, аспирации меконием и гипоксически-ишемической энцефалопатии) не возросла, но наблюдали статистически значимую тенденцию к ним. Интересно, что общая частота плановых индукций осталась относительно низкой — 10,8%, причём, по данным исследователей, результат обусловлен в том числе **нежеланием беременных: 71,5%** подходящих под критерии ARRIVE отказались от участия в исследовании<sup>15</sup>.

В отечественной литературе на ARRIVE также обратили внимание, но, к счастью, такого эффекта, как за океаном, она не вызвала, тем более что даже экстраполяция этого исследования на родные просторы требует уточнения по ключевым моментам.

## Большая разница

Несмотря на то что в клинических рекомендациях понятия «программированные роды» и «индукция» разделены, как мы уже указывали, в практическом акушерстве их нередко смешивают. Предлагая пациентке программированные роды и ссылаясь на зарубежные или отечественные гайдлайны, мы также незаметно совершаем очень серьёзную **подмену понятий**. Для начала сопоставим некоторые из них.

- Досрочное родоразрешение — завершение беременности искусственным путём (индукция родов и родоразрешение через естественные родовые пути или кесарево сечение) до естественного начала родовой деятельности, в том числе до доношенного срока беременности. В англоязычной литературе часто эти термины разбивают на planned delivery — «родоразрешение по медицинским показаниям» — и planned early delivery, если речь идёт о сроке до 37 нед.
- Родовозбуждение (индукция родов) — индуцирование родовой деятельности при достижении зрелости родовых путей с целью родоразрешения через естественные родовые пути, почти соответствует planned induction of labor — «плановой индукции родов по медицинским показаниям».

[ Действуя в рамках актуальных клинических рекомендаций, можно иметь определённую уверенность в соблюдении главного принципа: «Не навреди!» ]

Однако ещё два термина, отечественный и англоязычный, аналогов не имеют.

- Программированные роды — родоразрешение при наличии медицинских показаний или в качестве профилактики осложнений беременности (высокая степень перинатального и материнского риска), выполняемое с учётом «зрелости» шейки матки путём родовозбуждения в назначенное время.

- Elective induction of labor — элективная индукция родов без медицинских показаний, как правило у беременных с низкой степенью риска.

И ещё один важный момент. В нашей стране преобладают программированные роды, за рубежом — индукция. Например в США пациентка может выбрать любой из вариантов. Кстати, в исследовании ARRIVE тоже использовали разные подходы.

- Простагландины, интрацервикальный баллон.
- Отслоение нижнего полюса плодного пузыря.
- Окситоцин.
- Амниотомия.

Более того, согласно памятке для пациентки, разработанной ACOG, если роды не развиваются после индукции, а беременная и плод чувствуют себя хорошо, то её могут отправить домой<sup>16</sup>. Программированные роды в большинстве случаев подразумевают амниотомию, поэтому могут развиваться лишь в одном направлении\*.



Какое же резюме можно сделать на основании изложенного? Спорных моментов в программированных родах много, и всеобщее согласие по ним в обозримом будущем вряд ли возможно. В этом океане бушующих мнений и контраверсий для практикующего врача островком опоры и стабильности стали **клинические рекомендации** с немного фрейдистским названием «Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение)»\*\*. Несмотря на явный пессимизм в заглавии, в них **чётко определены** показания, термины, противопоказания к использованию тех или иных методик, хотя последние — с некоторыми проблемами. Действуя в этих рамках, можно иметь определённую уверенность в соблюдении принципа «Не навреди!». А легализовать «элективную» индукцию — занятие опасное, и, следовательно, ненужное. Нам бы навести порядок с «программированием» по показаниям, поскольку даже с ним **ситуация от идеала далека**. 

\* В одном из ближайших номеров запланирована публикация исследования, проведённого совместно с главным внештатным специалистом по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения Тюменской области, проф. И.И. Кукарской и посвящённого особенностям и нюансам течения программированных родов.

\*\* Название к тому же содержит неправильный перевод с английского Международной классификации болезней (МКБ). В оригинале МКБ-10 используют определение failed induction of labour, но в русской версии induction превратилось в «стимуляцию», которая соответствует другому понятию — augmentation of labour.

## Ex aequo!

В 2023 году XVII научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» стал ареной **батл-контраверсии** «Программированные роды — акушерская агрессия или минимизация перинатальных рисков?». В Красном зале сочинского Зимнего театра столкнулись два противоположных мнения. Первое указывало на преимущества программированных родов — **снижение частоты кесаревых сечений**, особенно у беременных группы высокого перинатального риска и предотвращение мертворождаемости. Оппонент в свою очередь утверждал, что излишнее увлечение программированными родами **превращает цель в иллюзию**, в погоне за которой акушеры-гинекологи сами увеличивают риск осложнений родов, и, соответственно — вероятность неблагоприятного исхода.

Рефер, как и положено настоящему судье, была объективна и беспристрастна. Изложить аргументы в пользу того или иного мнения в рамках батл-контраверсии смогли не только докладчики, но и все заинтересованные слушатели, которые находились в зале и пожелали публично выразить свою позицию по этому спорному вопросу.

Итак, сошлись следующие позиции сторон: проф. И.Н. Костин указывал, что доля программированных родов **неизбежно будет расти**, поскольку популяционное здоровье продолжает ухудшаться. С каждым годом у всё большего числа беременных появляются те или иные показания к программированным родам, которые в сочетании с готовностью шейки матки к родам («зрелости») и обеспечивают достижение желаемого результата. В качестве последнего следует рассматривать снижение частоты кесаревых сечений и неблагоприятных перинатальных исходов у контингента высокого риска.

Доц. С.А. Князев оценивал позитивное влияние программированных родов с изрядной долей скепсиса, поскольку **показания** к ним, указанные



Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

исходит **грамотный отбор контингента** на такие роды. Этот постулат подтверждается также данными переключки по доле кесаревых сечений в группах 2а и 4а по классификации М. Робсона — в большинстве перинатальных центров он ниже порогового значения, предлагаемого экспертами Всемирной организации здравоохранения.

Противоборствующая сторона указывала на опасность доверия некоторым данным — в части учреждений доля индукций настолько низка, что в дело вступает закон «малых величин», когда идеальный или неблагоприятный результат обеспечен малой выборкой, и в следующем году он может оказаться диаметрально противоположным. Кроме того, «за кадром» КИПРА и показателей кесарева сечения в группах индуцированных

[ В Зимнем театре столкнулись два противоположных мнения. Первое указывало на преимущества программированных родов. Оппонент утверждал, что излишнее увлечение ими превращает цель в иллюзию. ]

в истории родов, даже при поверхностной проверке часто оказываются **сильно «притянутыми»**. Кроме того, для оценки зрелости шейки матки выполняют неоднократные влагалищные исследования, повышающие риск инфекционных осложнений. В профессиональном сообществе акушеров-гинекологов даже появилась идея «элективной индукции» — проводимой вообще без медицинских показаний.

Проф. И.Н. Костин предлагал использовать для оценки реальной пользы и эффективности разработанный им «коэффициент индукции программированных родов» — **КИПР**, позволяющий определить соотношение проведённых индукций к программированным родам, закончившимся абдоминальным родоразрешением. Он представил данные переключки перинатальных центров, доказывающие, что в большинстве этих учреждений про-

родов по М. Робсону, остаются **нюансы течения программированных родов** — частота и объём инфузии окситоцина, кратность и длительность влагалищных исследований и многое другое, что фактически не позволяет оценить реальную безопасность или, напротив, риск программированных родов.

Все аргументы участниками сражения высказаны, слова поддержки той или иной точки зрения произнесены, точка апогея достигнута. Рефер объявляет голосование. Несколько десятков человек, присутствующих в зале или следящих за батлом онлайн, делают свой выбор. Результат выводят на экран в зале: **ничья!** Ровно половина зрителей приняла позицию сторонников программированных родов, и точно такое же количество решило иначе. Это значит только одно — время заканчивать дискуссию по этому вопросу явно не пришло...

# О СКОЛЬКО НАМ ОТКРЫТИЙ ЧУДНЫХ!

ЛУЧШИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ В 2023 ГОДУ\*



Журнал Time назвал 200 лучших инновационных изобретений 2023 года, 20 из которых — в категориях «Медицинская помощь» и «Оздоровление». Они включают продукты и решения, имеющие отношение к здоровью. В том числе и к **наиболее актуальному** для нас — **репродуктивному**.

## ИНТЕРЕСНОЕ И ВАЖНОЕ ДЛЯ НАС!



### ZURZUVAE

Первый таблетированный препарат для лечения **послеродовой депрессии** одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США\*\*.



### «ПРЕДСКАЗАНИЯ» ПРЕЭКЛАМПСИИ

Два теста помогут определить концентрации определённых **биомаркёров** в крови и быстро узнать, разовьётся ли **тяжёлая преэклампсия** в течение следующих 2 нед у беременной, госпитализированной с артериальной гипертензией.



### ВАКЦИНЫ ПРОТИВ РСВ\*\*\*

Одна из них одобрена для применения **у будущих матерей** с целью защиты новорождённых, поскольку именно они часто подвержены этой инфекции.



### SALISTICK

**Тест на беременность** позволяет с точностью 95% определить ХГЧ **в слюне** всего за 10 мин.

## А ТАКЖЕ...

Аппарат InVision — для более **точной диагностики стадии рака**. Позволяет увидеть лимфатические узлы на фоне окружающей жировой ткани.

Система терапии **«ленивого» глаза** (амблиопии) Luminopia — гарнитура виртуальной реальности с мультфильмами для тренировки и **улучшения зрения** детей.

Мобильная стерильная мини-операционная SurgiField — помещается в рюкзак и обеспечивает условия для **выполнения операций вне больницы**.

Система Vivistim Paired VNS — для людей, перенёсших **ишемический инсульт**. Грудной имплантат помогает восстановить **двигательные функции рук**.

Капсула от запоров Vibrant — **нормализует перистальтику** благодаря вибрации и стимуляции нервных клеток ЖКТ.

Двухкамерный безвыводной **кардиостимулятор** Aveir DR — вводят через катетер без использования проводов и появления шрамов.

Препарат Tzield — позволяет воздействовать на причину **сахарного диабета 1-го типа**. Моноклональное антитело (теплизумаб) предотвращает атаку иммунных клеток на клетки, вырабатывающие инсулин, контролируя концентрацию глюкозы в крови.

Портативная система **искусственной поджелудочной железы** iLet — автоматически использует микродозы инсулина при необходимости, контролируя уровень глюкозы в крови пациентов с сахарным диабетом 1-го типа.

Система раннего предупреждения **сепсиса** в режиме реального времени использует **искусственный интеллект** для анализа медицинских записей, симптомов и результатов исследований.

Препараты из группы семаглутидов (Ozempic, Wegovy и Rybelsus) — способствуют нормализации уровня глюкозы в крови и похуданию при **сахарном диабете 2-го типа**.

Препарат Leqembi — для лечения болезни **Альцгеймера**.

**Вывод:** Многие из перечисленных изобретений **вызывают чувство нереальности**. Однако совсем скоро эти революционные разработки можно будет использовать **на практике**. Впрочем, некоторые из них уже **весьма успешно** применяют.

\* The best inventions of 2023. — URL: <https://time.com/collection/best-inventions-2023/>.

\*\* Food and Drug Administration, FDA; USA.

\*\*\* Респираторно-синциальный вирус.