

Анатомия
**ДОСТО
ВЕРНО
СТИ**

Для библиографических ссылок

• Линёва О.И. Критический обзор
бестселлера StatusPraesens:
от акушерской агрессии к безопасному
материнству // StatusPraesens.

Гинекология, акушерство,
бесплодный брак. — 2025. —
№1 (118). — С. 71–76.

StatusPraesens

В споре рождается истина

Критический обзор бестселлера StatusPraesens:
от акушерской агрессии к безопасному материнству



Автор: Ольга Игоревна **Линёва**, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии Института педиатрии СамГМУ (Самара)

Любой медицинский продукт, будь то статья в специализированном журнале, клинические протоколы и методические рекомендации или научно-практическое руководство для клиницистов, **всегда должен учитывать** мнения и опыт всех представителей отрасли — практикующих специалистов, работающих «в полях», преподавателей профильных вузов, организаторов здравоохранения и многих других. И если услышать голоса всех коллег, желающих выразить свою точку зрения, то вышедшее издание становится не только обсуждаемым событием, но и источником знаний, настольной книгой врачей и реальной подмогой в их практической деятельности на долгие годы.

Один из таких ярких примеров — ставшая знаменитой **«Акушерская агрессия»**. Это глобальный научный труд команды ведущих экспертов акушерства, гинекологии и репродуктологии под руководством засл. деятеля науки РФ, члена-корр. РАН, проф. **Виктора Евсеевича Радзинского**. Мир видел уже не одно издание этого бестселлера: первое вышло в 2011 году¹, второе — в 2017-м², и каждое из них всколыхнуло акушерско-гинекологическую общественность. Тиражи уже давно раскуплены, и сейчас эти книги представляют собой редкость.

Однако научный прогресс не стоит на месте, и даже надёжные столпы знаний периодически **нуждаются в дополнениях и обновлениях** с учётом новых клинических исследований и открытий, данных отечественной и зарубежной статистики, общемировых медицинских трендов, изобилия версий и контраверсий. Именно поэтому в настоящее время редакция SP активно готовит **следующую версию монографии**, так полюбившейся специалистам, работающим в системе охраны материнства и детства. Нет никаких сомнений, что очередное издание во многом превзойдёт своих предшественников — не только по количеству страниц и наглядных иллюстраций (а их точно будет больше!), научных данных, исследований, цифр, но и, что особенно важно, **по количеству практических советов** и чётких предостережений, которые помогут врачам сформировать клиническое мышление и избежать порой трагических ошибок в работе.

[Акушеры-гинекологи страны были потрясены, озадачены, восхищены монографией проф. В.Е. Радзинского. Читатели оживлённо обсуждали многие дискуссионные аспекты проблем, затронутых в издании.]

Век внедрения новых технологий, информационного бума, обмена мнениями в интернете, на международных конференциях, съездах и симпозиумах, издания высококачественных монографий, руководств и пособий **можно ли чем-либо удивить** медицинское сообщество? Оказалось, да! Изначально акушеры-гинекологи страны были **потрясены, озадачены, восхищены** вышедшей в свет монографией проф. В.Е. Радзинского. После того как первый лёгкий «шок» прошёл, читатели стали снова и снова возвращаться к прочитанному и оживлённо обсуждать многие дискуссионные аспекты проблем, затронутых в издании.

Удиви меня, если сможешь

Я долго колебалась, решая вопрос о целесообразности изложения на страницах журнала своих «мыслей вслух» в **эпоху смены всех возможных парадигм** — репродуктивной, образовательной, лечебно-профилактической и т.д. При разговоре со своими ровесниками стало понятно: коллеги не хотят, чтобы их считали консерваторами или ортодоксами, неспособными к восприятию новых веяний и тенденций, поэтому предпочитают молчать. Мне захотелось **опровергнуть скептическое отношение** молодых и перспективных врачей к точке зрения клиницистов с большим стажем, а также объяснить свою позицию сдержанного, а не восторженного восприятия действительности. Далее мы будем следовать содержанию глав книги.

Демографические аспекты и стратегии перинатального риска

Кратко и убедительно, с чёткими статистическими выкладками автор описывает **неутешительный прогноз** демографической ситуации в стране, а также значимость службы родовспоможения в его преодолении. Остаётся только сделать вывод, что **судьба нации — в наших руках**. Однако без активной

жизненной позиции каждого специалиста, без внедрения холистической модели охраны репродуктивного здоровья семьи с принципами **межведомственного и междисциплинарного взаимодействия**, без привлечения государственных законодательных рычагов воздействия на ситуацию, средств массовой информации, интернета акушеры-гинекологи бессильны на что-то повлиять. Каждый врач должен задуматься: всё ли я сделал для изменения ситуации? Необходимо **пересматривать свою жизненную позицию** уже сегодня, поскольку завтра может быть поздно. Это также касается и стратегий перинатального риска. Материал актуален и представлен читателю с позиций современных требований, что не предполагает каких-либо дискуссий, а должно быть принято **как руководство к действию**.

Материнская и перинатальная смертность

Глубокий анализ структуры и причин материнской и перинатальной смертности, выполненный проф. В.Е. Радзинским как в мире в целом, так и в нашей стране, необходим **не только для организаторов здравоохранения** и руководителей службы, но и **для каждого практикующего врача**. Будучи главным акушером-гинекологом Самарской области, я имела возможность познакомиться с организацией акушерско-гинекологической службы в США, Великобритании, Нидерландах и убедилась, что в Советском Союзе была не только создана лучшая модель бесплатного здравоохранения с профилактической направленностью, но и внедрена **чёткая форма учёта и отчётности**.

Так, к нашему большому удивлению, в США представитель министерства здравоохранения одного из штатов смог ответить на вопросы о качественных показателях работы акушерско-гинекологической службы только через несколько дней и далеко не в полном объёме. Стало понятно, что такую **статистику просто не собирают**. В Великобритании ведение беременности, послеродового и послеродового периода после выписки из стационара отдано на откуп акушеркам антенатальных клиник и врачам общей практики. Преемственность в их работе, если о ней вообще можно говорить, **существенно уступает нашим** акушерско-терапевтическо-педиатрическим комплексам. Вывод прост: мы можем гордиться своими показателями материнской и перинатальной смертности, которые приближаются к значениям высокоразвитых стран Европы вопреки недостаточному финансированию и экономической нестабильности.

Врачебные ошибки и юридическая ответственность врача

Особого внимания в книге заслуживают разделы, посвящённые эволюции понятия **врачебных ошибок** в новом столетии и судебной активности как примете времени, поскольку автор обозначил **пути их преодоления**. Не вызывает никаких сомнений

Комментарий редакции

Обсуждение трудностей современной репродуктивной медицины и **участие в процессе** создания научных продуктов доступно всем специалистам — услышан будет каждый. Мы открыты для ваших мнений и приглашаем всех желающих поделиться отзывами, идеями и практическими советами, которые помогут коллегам в их повседневной деятельности. Здесь представлена **точка зрения о книге «Акушерская агрессия»** одного из титанов отрасли и друга нашего журнала — засл. врача РФ, докт. мед. наук, проф. Ольги Игоревны **Линёвой**. Её объёмный и структурированный анализ издания и глубокие мысли о проблемах профессии — ценный вклад в создание новой версии монографии, и редакционная коллегия обязательно учтёт всё это при подготовке проекта.

необходимость обеспечить конституционные права доктора, защиту его профессиональной деятельности, прежде всего путём страхования ответственности и создания законодательной базы. Об этом давно говорят, но проблему так и не сдвинули с мёртвой точки. Прежде всего должны помочь профессиональные ассоциации и президиум Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ).

Практически каждый специалист в процессе своей трудовой деятельности допускал врачебные ошибки, глубоко переживал их, вплоть до отчаяния, психологических срывов, формирования синдрома профессионального выгорания и даже смены профессии. Именно поэтому в каждом конкретном случае следует анализировать ошибку с учётом всех обстоятельств. Не случайно акад. А.Ф. Билибин писал, что «...врач трудится в условиях риска, неопределённости и противоречивых ситуаций».

Откровенная исповедь учителей, наставников и корифеев современного акушерства о причинах врачебных ошибок и их преодолении очень востребована в специальной литературе, и необходимо возобновить это по аналогии с подобными изданиями проф. П.В. Маненкова, проф. И.И. Бенедиктова, проф. М.А. Репиной и др. Вспомним труд «Клинические анализы» известного отечественного хирурга, проф. Н.И. Пирогова: «Если здравый смысл нас учит избегать ошибок, если упрямый опыт, напротив, подтверждает, что ошибки неизбежны, то бесхитростный пересказ фактов из уст человека, когда он сам раскрывает механизм возникновения своих ошибок, может и будет нам прямо показывать, каким образом можно избежать ошибок и где ошибка неизбежна».

Женская консультация и отделение патологии беременных

Все перечисленные проф. В.Е. Радзинским элементы акушерской агрессии существуют, и от некоторых из них следует постепенно отказаться. При изложении материала автор использовал действенный приём — гиперболизацию ситуации, вплоть до лёгкого шока. Это сразу привлекает внимание читателя к проблеме, заставляет проанализировать её и понять своё отношение к ней. Сложилось чёткое представление, что основная задача оказания помощи пациенткам — прегравидарная подготовка и настрой на положительный исход беременности. Эта концепция не вызывает никаких возражений, и есть все возможности для её реализации. Позволю себе высказать свою точку зрения только по некоторым аспектам проблемы.

[Особого внимания в книге заслуживают разделы эволюции понятия врачебных ошибок в новом столетии и судебной активности как примете времени.]

[Основная задача оказания помощи пациенткам — прегравидарная подготовка и в дальнейшем настрой на положительный исход беременности.]

Существует версия, что диагностическая полипрагмазия — прямой путь к полипрагмазии лекарственной, то есть чем лучше выполняют диспансеризацию будущих матерей, тем больше обнаруживают отклонений от нормы и возможностей для помощи. Трудно не согласиться с этим тезисом, но нельзя доходить до полного абсурда. В 2004 году на секции «Материнская и перинатальная смертность» XVIII Европейского конгресса акушеров-гинекологов в Афинах развернулась оживлённая дискуссия, в рамках которой обсуждали две точки зрения.

Одна из них касалась целесообразности расширения объёма обследования беременных группы высокого риска в плане диагностики генетически детерминированных гемо- и тромбофилий по предложению британского проф. Нила Макинтоша (Neil McIntosh). Вторая — базировалась на предложении представителя ЮНИСЕФ* сократить число явок в женскую консультацию в период гестации до четырёх с измерением артериального давления, осмотром, аускультацией тонов плода, гравидометрией, анализом мочи и только двукратным анализом крови. Резюме участников дискуссии с открытым голосованием: стандарты ЮНИСЕФ можно внедрять только в развивающихся странах, где практически отсутствует какая-либо диспансеризация, а для развитых стран Европы это возврат в начало XX века.

Разберём следующую версию — полный отказ во время беременности от полипрагмазии и превентивного лечения. Во-первых, назначение лекарственных средств с недоказанной активностью, но с точно установленным отсутствием тератогенного, эмбрио- и фетотоксического действия — не элемент акушерской агрессии. В нашей стране всегда с большой осторожностью относились к назначению любых медикаментов в период эмбриогенеза. До сих пор в каждой статье или в докладе о фармакотерапии во время гестации весь мир ссылается на трагедию с назначением талидомида. Однако нас она не коснулась. А почему? Потому что основная заповедь врача — не навреди — была и остаётся доминирующей, и мы мало подвержены прессингу фармацевтических компаний. Во-вторых, в Кокрейновской базе для большинства лекарственных средств и методов лечения, используемых в акушерстве, не дано категоричного заключения, а вынесен честный вердикт «требуется проведение дальнейших исследований». В-третьих, мировое сообщество мало знакомо с научными работами отечественных авторов. Ведущие российские научные центры редко привлекают к участию в многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях. Это наша беда, но не наша вина.

* ЮНИСЕФ (United Nations Children's Fund) — программа ООН, которая помогает национальным усилиям по улучшению здоровья, питания, образования и общего благосостояния детей.



© emperson / Коллекция/stock

Отрадно, что в последнее десятилетие ситуация начинает исправляться. В связи с этим почему мы не должны учитывать **клинический опыт наших ведущих учёных** как не соответствующий уровню А и В по стандартам доказательной медицины? В нашей стране созданы и успешно развиваются **целые научные школы** акушеров-гинекологов с большим количеством защищённых кандидатских и докторских диссертаций, возглавляемые академиками и профессорами В.Е. Радзинским, А.А. Стрижаковым, Э.К. Айламазяном, Л.В. Адамян, И.С. Сидоровой, В.Н. Прилепской, А.Д. Макацарией и многими другими. Разве они не используют **принципы доказательной медицины** с правильным методологическим подходом и чёткой статистической обработкой полученных данных? Почему мы не должны руководствоваться их практическими рекомендациями, которые проверены нашей многолетней практикой, только потому, что **их нет в зарубежных стандартах и протоколах**? Это ошибочная тенденция.

Все мы хорошо знаем, какое **фиаско** потерпело американское рандомизированное многоцентровое плацебо-контролируемое крупномасштабное исследование в рамках «Инициативы во имя здоровья женщин» (Women's health initiative, WHI), посвящённое изучению рисков и преимуществ различных форм менопаузальной гормональной терапии (МГТ). Причины провала — не только небезопасность эстрогенного и гестагенного компонентов «старых» средств МГТ, но и дефектный дизайн исследования и слишком поздний старт приёма изучаемых препаратов.

К счастью, у нас нет финансовых возможностей и достаточно здравого смысла, чтобы не допустить такого скандала. Безусловно, **стандарты необходимы**, они помогают молодым врачам грамотно справиться с типичной ситуацией и в какой-то мере защищают специалистов юридически, а также позволяют рассчитать финансовые затраты на акушерско-гинекологическую службу. Однако они **нарушают принцип** персонализированного подхода к женщине.

Нельзя слепо переносить шаблонный подход на любую пациентку в любой «типичной ситуации». Хочется привести высказывание проф. М.М. Шехтмана:

[Безусловно, стандарты помогают справиться с типичной ситуацией, однако они нарушают принцип индивидуально-персонализированного подхода.]

«Важнейшая отрасль медицины — врачевание — сила науки и искусства. В нашем врачебном искусстве надо не только поставить диагноз, но и понять **душевный мир пациентки**, особенности её личности. Вот тогда мы выполним главный завет всех лучших времён — **«лечить не болезнь, а больного»**. Где та золотая середина, которая с одной стороны регламентирует нашу службу, что важно в акушерской специальности, а с другой — не нарушит основную заповедь медика? Однозначного ответа нет.

Ещё одно сомнение вызывает тезис о **нецелесообразности дородовой госпитализации** будущих матерей. У нас есть социально незащищённые слои населения, которым негде жить и нет возможности полноценно питаться. Почему государство из чисто гуманных соображений — и в меньшей степени с учётом медицинских показаний — не может создать этим пациенткам комфортные условия, надлежащее лечение и питание в палате патологии беременных при угрозе невынашивания, анемии и преэклампсии лёгкой степени тяжести, **не подлежащих госпитализации** в протокольном порядке? Конечно, может.

Другая специфическая особенность нашей страны — **огромная территория и плохие дороги**. Идёт тенденция закрытия родильных отделений в центральных районных больницах. Как же можно избежать дородовой госпитализации женщин в городские родильные дома и перинатальные центры с учётом факторов риска? Стоит ли бояться в этих случаях так называемого «симптома крокодила», когда длительное нахождение в стационаре подталкивает врачей к агрессии, включая необоснованные амниотомии? Ни в коем случае, поскольку из двух зол мы всегда должны выбирать меньшее.

С моей точки зрения, вызывает дискуссии вопрос о лечении и даже родоразрешении беременных в отделениях по профилю их **экстрагенитальных патологических состояний**. В период реструктуризации и реорганизации службы родовспоможения в Самарской области эту проблему решали радикально. С чем мы столкнулись? Узкие специалисты **не знают** особенностей течения основного заболевания во время беременности, **не умеют** диагностировать гестационные осложнения. Потребовалось несколько лет, чтобы скоординировать работу докторов с учётом региональных особенностей. Например, мы создали специализированную кардиоакушерскую службу на базе Самарского областного кардиологического диспансера с банком данных всей кардиологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста, с коррекцией патологических состояний, вплоть до выполнения операций как на этапе планирования гестации, так и во время беременности. Кроме того, на этой базе есть родильное отделение с кардиоакушерским дневным стационаром и кардиохирургическим неонатологическим отделением.

Мы имеем аналогичный опыт ведения будущих матерей с сахарным диабетом, неврологическими, урологическими и гематологическими заболеваниями совместно с узкими специалистами. Однако нужно разрешить территориям **индивидуально решать эту проблему** с учётом региональных особенностей.

Несколько слов о перспективах лечения **хронической плацентарной недостаточности**. Высказана версия, что начинать лечить её нужно **уже в I триместре** гестации, что целесообразно, поскольку в III — уже поздно. Однако есть более радикальная точка зрения зарубежных врачей, внедряемая в нашу практику: нет никаких эффективных методов лечения этого состояния. Здесь вопрос следует решать индивидуально. Если в результате обследования выявляют **декомпенсированную форму**, а срок более 30 нед, то беременность **однозначно нужно прерывать**. Когда аналогичную тактику выбирают при компенсированной форме плацентарной недостаточности, а плод нежизнеспособный, — это ошибка.

Разве у нас нет проверенных практикой методов лекарственного и немедикаментозного воздействия на фетоплацентарный комплекс? Кто доказал отсутствие компенсаторных возможностей плаценты? **Зачем идти по пути западной медицины**, которая уже понимает, что радикальная тактика родоразрешения при наличии нежизнеспособного плода увеличивает процент инвалидности родившегося ребёнка? При создании отечественного протокола нужно учитывать различные клинические ситуации и предоставлять врачам возможность **коллективно принимать взвешенное решение**.

Акушерская агрессия в родблоке

В книге блестяще преподнесена проблема необоснованного родовозбуждения и родостимуляции, механизмы формирования дискоординированной родовой деятельности ятрогенного генеза и дистонии плечиков, недопустимость использования пресловутого «пособия» по Кристеллеру, раздел акушерской перинеологии, представлены пути преодоления акушерской агрессии с современных позиций. Не вызывает никаких возражений алгоритм оказания акушерской помощи при кровотечениях, необходимость снижения частоты кесарева сечения, по возможности — ведение родов с рубцом на матке через естественные родовые пути, признание безусловного авторитета эпидуральной анестезии. Тем не менее хотелось бы более подробно разобрать все основные **виды акушерского травматизма** матери и плода с выделением элементов акушерской агрессии и других патогенетических механизмов их развития.

[Ведение родов с рубцом на матке через естественные родовые пути — сложная задача для акушеров, которую можно назвать «высшим пилотажем».]

Ведение родов у женщин с рубцом на матке через естественные родовые пути — сложная задача для акушеров, которую можно назвать «высшим пилотажем». Это требует чёткой оценки состоятельности рубца вне и во время беременности с помощью современных методов диагностики, а также энтузиазма, мудрости, **высокой квалификации персонала** с обязательной госпитализацией женщины в лечебное учреждение **II–III уровня**. Влагалищные роды с рубцом на матке возможны только при соблюдении всех необходимых условий и положительном настрое пациентки.

Вторая серьёзная проблема — органосохраняющая тактика при **акушерских кровотечениях**. Да, специалисты обязаны выполнить весь **протокол этапности оказания помощи**. Однако, к сожалению, при неэффективности перевязки магистральных сосудов и наложения гемостатических швов на матку в отдельных случаях врачи **поздно решают вопрос о гистерэктомии** из-за боязни обвинения их в излишнем радикализме, не соответствующем веянию времени. На чаше весов — жизнь пациентки и орган репродукции. Если учесть, что современные препараты заместительной гормонотерапии после радикальных операций помогут купировать постгистерэктомический синдром, а суррогатное материнство даст возможность семье получить ребёнка, то оправдан ли такой риск?

По-видимому, не стоит предавать забвению слова отечественного акушера-гинеколога В.Ф. Снегирёва: **«Лучше иметь живую женщину без матки, чем мёртвую — с маткой»**. С нашей точки зрения, для преодоления акушерской агрессии в родах следует постоянно проводить мастер-классы по отработке алгоритма действий **HELPERR** при дистонии плечиков*, внутриматочной гидростатической баллонной тампонаде матки, наложению гемостатических швов на матку, технике перевязки магистральных сосудов, эпидуральной анестезии и др.

[При неэффективности перевязки магистральных сосудов и наложения гемостатических швов на матку врачи иногда поздно решают вопрос о гистерэктомии из-за боязни обвинения в излишнем радикализме.]

Роды в воду и в домашних условиях

Аргументированно, просто и логично проф. В.Е. Радзинский изложил все плюсы и минусы проблемы. Эта практика **алогична**, а при современных методах обезболивания родов — **абсолютно нецелесообразна**. Нет необходимости вводить эту технологию в родильных домах с учётом предпочтений пациентки. Врачи **не должны идти на поводу** у непросвещённого населения. Автор привёл высказывание президента Немецкой ассоциации перинатальной медицины (Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin) Йохима Дуденхаузена (Joachim Dudenhausen): «Люди — наземные млекопитающие; им **предназначено природой рожать на суше**».

Что касается «родов на дому», то после внедрения партнёрских родов и стратегии «Больница, доброжелательная к ребёнку» эту тактику тоже следует **рассматривать как устаревшую**. В рамках международного проекта HealthProm мы познакомились с ситуацией в британском городе Бате (Bath). Ведение родов на дому там разрешено только специально обученной акушерке, имеющей сертификат на каждый вариант альтернативных вариантов приёма родов. Вместе с консультантом акушером-гинекологом и врачом общей практики она проводит жёсткий отбор на ведение родов на дому (полное отсутствие каких-либо заболеваний и осложнений беременности, а также проживание женщины на расстоянии 10–15 мин езды

машиной скорой помощи с развёрнутой операционной).

Чтобы снизить репродуктивные потери и акушерские осложнения в случае, если роды на дому проводит **так называемая «духовная акушерка»** без медицинского образования, в нашей стране следует **добиться изменения законодательства** с привлечением к **судебной ответственности** этих лиц, как в случае выполнения криминального аборта.



Швейцарский хирург, лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине в 1909 году Теодор Кохер (Emil Theodor Kocher) сказал: «Я так думаю, но, может быть, я и ошибаюсь». Изложив свой взгляд на отдельные аспекты проблем, затронутых в монографии «Акушерская агрессия», я скорее поставила вопросы, на которые **сложно получить однозначные ответы**, поэтому очень надеюсь на продолжение дискуссии на страницах журнала SP. Спасибо проф. В.Е. Радзинскому за глубокий философский труд, который **никого не оставил равнодушным** и создал благодатную почву для раздумий. Одно несомненно: **отказ от агрессивного акушерства, предикция рисков**, начиная с прегравидарного этапа, и **персонализированный подход** — прямой путь к **безопасному материнству**. Каждому акушеру-гинекологу будет полезно внимательно изучить новое издание монографии, сделать её своей настольной книгой и пересмотреть своё мировоззрение. **SP**

* Алгоритм HELPERR при дистонии плечиков: H (help) — позвать на помощь; E (evaluate for episiotomy) — подумать об эпизиотомии; L (legs) — ноги (приём Макроберта); P (pressure) — давление (над лобком); E (enter) — ввести руку (для внутреннего поворота); R (roll, all fours) — повернуть роженицу «на все четыре» — в коленно-локтевое положение; R (remove) — удалить, извлечь заднюю ручку.

[Одно несомненно: отказ от агрессивного акушерства, предикция рисков, начиная с прегравидарного этапа, и персонализированный подход — прямой путь к безопасному материнству.]

Библиографию см. на с. 84–86.

«В споре рождается истина» Линёва О.И.

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2011. 688 с.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия, в. 2.0. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2017. 872 с.