



# Н О В О С Т И

Минздрав предлагает

**Н**а портале проектов нормативных актов идёт обсуждение новой инициативы Минздрава, касающейся **обновления номенклатуры специальностей и должностей** медицинских и фармацевтических работников<sup>1</sup>.

В предлагаемом документе **впервые** упомянуты направления, **ранее не имеющие принадлежности** к медицинским: биология, психология, физика, эмбриология, логопедия. Кроме того, для специалистов с высшим образованием или прошедших дополнительное обучение предложены нейропсихология, физическая реабилитация, эргореабилитация, химическая экспертиза. В обсуждаемом номенклатурном списке появились и **совершенно новые** специальности. В частности, нутрициология, медицинский массаж (при наличии высшего профильного образования), нейропсихология и стоматологическое дело (фельдшер стоматологический).

Новыми также станут **«медицинская микробиология»** и ряд должностей, например, медицинский технолог, старший медицинский технолог, медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), старший медицинский лабораторный техник (старший фельдшер-лаборант), лаборант и старший лаборант. Это изменение затронет обладателей **среднего** образования по специальности «лабораторная диагностика» и профессиональной переподготовки по «медицинской микробиологии».

Ещё один проект касается **квалификационных требований** к медицинским и фармацевтическим работникам<sup>2</sup>. В частности, обладатели специалитетов «Лечебное дело» и «Педиатрия» после прохождения подготовки в ординатуре по специальности «герiatrics» вправе занимать должность врача по **медицине зрелого долголетия**. Выпускники направления «педиатрия» могут работать **врачами приёмного отделения** (раньше

эту должность могли занимать только «лечебники»). Специальность «медицинская кибернетика» теперь позволяет трудиться на врачебных должностях как по прямому профилю — **кибернетика, так и статистиком или методистом**. Акушеры-гинекологи также могут пройти курсы повышения квалификации для получения возможности работы врачом **паллиативной медицинской помощи**.

Все проекты пока на этапе общественного обсуждения. Ожидаемая дата вступления документов в силу: 1 сентября 2026 года.

Контрацепция:

ВОЗ обновила позиции

**В** 2025 году эксперты ВОЗ выпустили обновлённое **(6-е) издание «Медицинских критериев приемлемости для использования методов**

[ В 6-м издании «Медицинских критериев приемлемости для использования контрацепции» (2025) грудное вскармливание менее 6 нед после родов определено показанием к назначению пациентке инъекционных препаратов медроксипрогестерона ацетата и норэтистерона (категория 2). ]



© Mark Tierney / Eszteribis/iStock

[ Пациентки, принимающие индукторы СУРЗАЧ, в качестве экстренной меры контрацепции могут использовать КОК, а также средства с улипристала ацетатом и левоноргестрелом (категория 1). ]

контрацепции»<sup>3</sup>. Авторы отмечают, что в основе нового документа лежала необходимость **актуализации** данных по темам, в рамках которых выявлены новые доказательства. В частности, были изучены вопросы использования контрацептивов, содержащих **только прогестины, кормящими** женщинами и применение внутриматочных систем у этой категории пациенток. Кроме того, экспертным советом были рассмотрены нюансы назначения гормональной контрацепции женщинам, получающим **антиретровирусную терапию**, аспекты до-контактной профилактики ВИЧ, **повторного** использования средств экстренной контрацепции и безопасности гормональных средств у женщин с воспалительными заболеваниями кишечника.

Напомним, что существует **четыре категории** приемлемости контрацепции.

- 1 — состояние, при котором нет ограничений к применению того или иного метода контрацепции. Метод можно использовать при любых обстоятельствах.
- 2 — состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск. В большинстве случаев этот метод можно использовать на практике.
- 3 — состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества метода. Как правило, такой метод не рекомендуют, если существуют другие, более приемлемые и доступные конкретной пациентке способы контрацепции.
- 4 — состояние, которое представляет неприемлемо высокий риск для здоровья при использовании данного метода контрацепции. Метод не рекомендуется к применению.

В сравнении с вариантом рекомендаций 2015 года такое показание, как **«грудное вскармливание»**, несколько изменило позиции. Так, если ранее вскармливание менее 6 нед после родов практически не рассматривалось

в контексте возможности назначения пациентке **инъекционных препаратов** медроксипрогестерона ацетата и норэтистерона (категория 3), то в новом документе подход экспертов изменился и в этом пункте уже фигурирует **категория 2**.

В вопросе **экстренной контрацепции** важно отметить, что в новом документе пристальное внимание уделено возможностям применения средств этой группы у пациенток, принимающих **индукторы СУРЗАЧ**. Это довольно обширная группа препаратов, включающая антибиотики, антиретровирусные и противосудорожные средства, а также растительные препараты на основе зверобоя продырявленного. Эти лекарства способны существенно образом влиять на эффективность гормонов в предотвращении нежеланной гестации. Теперь эксперты подтверждают (категория 1), что пациентки на фоне такой терапии в качестве экстренной меры профилактики **могут использовать** комбинированные оральные контрацептивы, средства с улипристала ацетатом и левоноргестрелом (ЛНГ). Эти же препараты отмечены преимущественными (категория 1) при необходимости экстренной контрацепции **более 1 раза** в течение менструального цикла.

В качестве **доконтактной профилактики ВИЧ** (и это понятие тоже впервые возникло в обновленном документе) нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы, в частности тенофовир-эмтрицитабин, для всех существующих методов контрацепции категоризированы как 1. В той же самой высокой категории оказались вагинальное кольцо с дапивирином и каботегравир (ингибитор интегразы).

[ Для стартовой терапии при АД 140/90 мм рт.ст. и более показано назначение двух препаратов разных классов в виде комбинации с фиксированными дозами. Это ускоряет достижение целевых значений. ]

В ситуации **высокого риска** ВИЧ-инфекции изменение статуса произошло в отношении препаратов медроксипрогестерона ацетата и норэтистерона (теперь категория 1), внутриматочные системы с медью и ЛНГ в документе 2015 года имели категорию 2, сейчас — 1.

В целом по большинству ранее существующих позиций эксперты ВОЗ оказались единодушны, **подтвердив постулаты** критериев 2015 года.

Цифры решают всё.

Или почти всё

В 2025 году Американская коллегия кардиологов (American college of cardiology, ACC) и Американская кардиологическая ассоциация (American heart association, АНА) опубликовали обновлённые клинические рекомендации по профилактике и лечению **артериальной гипертензии**<sup>4</sup>. Цель изменений — повышение эффективности контроля над главным **модифицируемым фактором** риска сердечно-сосудистых заболеваний.

В первую очередь в документе были пересмотрены целевые уровни артериального давления (АД). Теперь основной задачей терапии для всех взрослых пациентов заявлено достижение и поддержание показателя АД **ниже 130/80 мм рт.ст.** Некоторые исключения могут быть рассмотрены только для отдельных групп пациентов, таких как лица, нуждающиеся в паллиативном уходе, или беременные.

**Немедленное начало медикаментозной терапии** (в дополнение к изменению образа жизни) рекомендовано всем пациентам со средним АД 140/90 мм рт.ст. и более. При этом для стартовой терапии целесообразно назначение **двух препаратов разных классов** в виде комбинации с чётко фиксированными дозами. Это повышает приверженность лечению и значительно ускоряет достижение целевых значений.

При уровне АД 130/80 мм рт.ст. и выше эксперты рекомендуют использовать шкалу **PREVENT** с целью дальнейшего выбора тактики ведения пациентов. В случае если 10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний превышает 7,5%, следует немедленно начать лечение. При низком риске главный инструмент — модификация образа жизни. Основой немедикаментозной коррекции АД признаны **диета DASH** (большое количество овощей, фруктов и цельнозерновых в рационе), а также сокращение потребления соли, нормализация массы тела и умеренная физическая активность.

В документе представлена **новая классификация** уровней АД.

- Нормальное: менее 120/80 мм рт.ст.
- Повышенное: 120–129 мм рт.ст. систолическое и менее 80 мм рт.ст. диастолическое.
- Артериальная гипертензия 1-й стадии: 130–139/80–89 мм рт.ст.
- Артериальная гипертензия 2-й стадии: 140/90 мм рт.ст. и выше.

Эффективность контроля АД возрастает при привлечении специалистов разных профилей, в том числе фармацевтов, диетологов и социальных работников. При этом сам пациент становится полноценным членом такой **мультидисциплинарной команды**. Это связано с тем, что домашний мониторинг АД признан важным инструментом при условии использования валидированных манжетных устройств (применение безманжетных технологий пока не рекомендовано по причине недостаточной доказательной базы).

Обновлённые принципы отражают постепенное совершенствование подхода к лечению АГ — от фокуса на снижение АД до **активной превентивной стратегии**, направленной на минимизацию отдалённых последствий и улучшение долгосрочного прогноза здоровья пациентов.

## Искусственная кровь: пойдёт всем

**П**ереливание крови — одна из важнейших процедур экстренной медицины. Казалось бы, следование **строгим протоколам совместимости** должно быть единственно верным решением



© sergeyuzhov / Esenels/stock

**[ Эффективность контроля АД возрастает при привлечении специалистов разных профилей, в том числе фармацевтов, диетологов и социальных работников, а также при активном участии самого пациента. ]**

для всех случаев переливания. Однако обеспечение достаточного количества необходимой донорской крови не всегда выполнимая задача.

Решением этой проблемы занялась группа учёных из Японии. Их новаторское изобретение — искусственная **кровь, потенциально подходящая** для переливания реципиентам с любой группой крови<sup>5</sup>.

**Везикулы гемоглобина (HbV)** — очищенный и концентрированный раствор гемоглобина, заключённый в фосфолипидных везикулах (липосомах), защищающих организм от токсических эффектов молекулярного гемоглобина посредством липидного бислоя мембраны. Это имитация эритроцитов без антигенов систем групп крови.

Как отмечают авторы работы, такая синтетическая кровь может без потери

своих качеств **храниться до 2 лет** вне холодильника и до 5 лет в охлаждённом виде. Если сравнить с имеющимися сейчас препаратами донорских эритроцитов, срок хранения которых в специальных условиях не превышает 42 дней, **HbV открывает новые горизонты** и перспективы гемотрансфузии<sup>6</sup>.

Сейчас команда специалистов работает над изучением оптимальных доз раствора с искусственными клетками крови, проверяя не только эффективность такой гемотрансфузии, но и **безопасность** процедуры, без чего внедрение метода в клиническую практику невозможно.

О старте **II фазы** исследования было объявлено в январе 2026 года<sup>7</sup>. В исследовании принимают участие 16 здоровых добровольцев, разделённых на четыре группы. Дозировки препарата

варьируют от 100 до 400 мл, а скорость инфузии будет постепенно возрастать до 5 мл/мин. Основная цель этого исследования — выяснить, могут ли большие объёмы HbV привести к перегрузке сердца, повышению уровня липидов в крови или тяжёлым аллергическим реакциям у здоровых добровольцев.

Ещё одна задача стоит перед учёными в настоящее время: оценить влияние HbV на **стандартные преотрансфузионные исследования**, в том числе на определение группы крови по системе ABO и резус-фактора (RhD), скрининг на антитела и перекрёстную совместимость.

Авторы исследования 2026 года пришли к выводу, что плазма, обработанная HbV, приобретает тёмно-красную окраску, что на практике мешает объективной оценке агглютинации<sup>8</sup>. В попытке преодолеть это препятствие была **предложена технология** ручной замены или автоматической промывки плазмы с HbV, что позволило восстановить прозрачность тестируемого материала без ущерба точности диагностики необходимых параметров совместимости.

## Российское здоровье: реальность и перспективы

**В** декабре 2025 года специалисты аналитического центра ВЦИОМ опубликовали новые данные мониторинга **отношения россиян к системе здравоохранения**<sup>9</sup>. Ключевые выводы касались существенных различий в оценке удовлетворённости качеством медицинской помощи между жителями крупных городов и регионов. Об этом свидетельствует тот факт, что в Москве

[ К сожалению, до сих пор самолечение остаётся наиболее стабильным по частоте выбора вариантом — около 35% граждан продолжают отказываться от помощи врачей в случае заболевания. ]

и Санкт-Петербурге **66%** опрошенных **устраивает** уровень здравоохранения, в то время как в городах с населением до 100 тыс. этот показатель составляет лишь **33%**.

Тем не менее результаты не только указывают на **существующие недостатки**, но и подчёркивают **зоны роста**, целенаправленное воздействие на которые обеспечит выход здравоохранения на более высокий уровень. В первую очередь речь идёт о необходимых изменениях в кадровой политике.

Анализ показывает, что **83%** жалоб связаны с **дефицитом** или недостаточной компетенцией медицинских работников, а **70%** — с проблемами доступности услуг, такими как длительное ожидание или необходимость поездок в другие населённые пункты. **Качество медицинской помощи** упоминается лишь в **23%** случаев, а оснащённость учреждений — в **9%**.

Нельзя не отметить **положительную динамику**. За 19 лет наблюдений **доля** россиян, довольных оказываемыми услугами, **выросла** на 7%. Эти цифры свидетельствуют об эффективности части реализованных программ модернизации.

Число **обращений в государственные** медицинские учреждения снизилось с 2015 по 2025 год с 52 до 41%. А вот со стороны **частных** клиник был продемонстрирован рост этого показателя с 6 до 17%.

**Самолечение** остаётся наиболее стабильным по частоте выбора вариантом — **около 35%** граждан продолжают отказываться от помощи врачей в случае заболевания. При этом выявлена корреляция между социально-экономическим

статусом и моделью поведения. Среди обеспеченных россиян самолечением занимаются **29%**, тогда как среди лиц с низким доходом этот показатель составляет **42%**.

Результаты мониторинга аналитического центра ВЦИОМ были опубликованы за неделю до представления Минздравом РФ **стратегии развития здравоохранения до 2030 года**<sup>10</sup>. В этом документе параметр удовлетворённости населения уровнем медицинских услуг зафиксирован в **53,9%**. Стратегия предусматривает и перспективные направления развития, в частности, совершенствование инфраструктуры лечебно-профилактических учреждений, материально-технической базы и цифровизации услуг, что в полной мере соответствует мировым тенденциям в модернизации медицинской помощи.

Один из наиболее обнадёживающих факторов — **кадровое обновление** отрасли. По данным стратегии, впервые в систему здравоохранения пришли более 12,5 тыс. молодых специалистов, что создаёт основу для повышения качества услуг и внедрения современных медицинских практик.

Признание территориальных различий в доступности медицинской помощи открывает новые перспективы для адресной поддержки. Представленная стратегия-2030 чётко выделяет **«отдалённые населённые пункты»** как **приоритетное** направление, что позволит разработать конкретные программы, направленные на **выравнивание качества услуг** по всей стране.

Полученные ВЦИОМ данные вполне могут стать **фундаментом** для дальнейшего повышения эффективности системы здравоохранения и уровня доверия к ней граждан, в том числе за счёт реализации предложенной системы усовершенствования медицинской службы. **SP**

[ **66%** опрошенных ВЦИОМ жителей Москвы и Санкт-Петербурга устраивает уровень здравоохранения, в то время как в городах с населением до 100 тыс. этот показатель составляет лишь **33%**. ]