

# Труд, преодолевающий трудности

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинский  
о важности ежедневных усилий на пути к успехам в профессии



Главный редактор, акад. РАН, проф.  
Виктор Радзинский

«Терпение и труд всё перетрут» — поговорка, знакомая каждому из нас с детства. Наверняка многие слышали её от учителей или родителей, когда ленились делать уроки или выполнять задания по дому, и воспринимали как проявление укоризны и побуждение к действиям. Обычно этими словами взрослые как будто стараются заставить детей **двигаться к цели**. Однако истинный смысл этого изречения становится понятен лишь в более зрелом возрасте, когда уже достиг определённых высот, когда ценишь свои знания, опыт, достижения, когда завоевал уважение близких и коллег. Но сформировать **чёткие представления** об этиологии и патогенезе многих синдромов не так просто...

**В** современных условиях врачи всех специальностей должны быть готовы к **усугублению коморбидности** и противостоять ей. Именно коморбидность — основной фактор риска **сокращения продолжительности жизни** и ухудшения её качества. При этом «омоложение» четырёх основных **неинфекционных пандемий** — ожирения, анемии, сахарного диабета и артериальной гипертензии — всё чаще затрагивает женщин репродуктивного возраста, негативно влияя на фертильность и тем самым получая особое медико-социальное значение. Единственный путь к успеху — обеспечение **междисциплинарности** при ведении таких пациенток наряду с постоянным совершенствованием лечебных подходов.

Удивительно, насколько **далеко шагнула наука и техника**. Сегодня нас окружают вещи, которые нельзя было увидеть даже в самом фантастическом кино. И это наша реальность: «умный дом» стал повседневностью, можно управлять различными электронными девайсами на расстоянии из приложения одним нажатием кнопки, голосом или хлопком в ладоши. Не может не радовать, что гений инженерной мысли затронул и медицину — в настоящее время многие изобретения и аппараты используют на благо здоровья людей в лечебных учреждениях. «Роботы» выполняют сложнейшие хирургические операции, женщины могут сделать диагностические тесты (скрининг рака шейки матки, инфекций, преэклампсии) в **домашних условиях**.

[ «Омоложение» неинфекционных пандемий — ожирения, анемии, сахарного диабета и артериальной гипертензии — всё чаще затрагивает женщин репродуктивного возраста, негативно влияя на фертильность. ]

Придуманы даже «генетические ножницы», способные «отрезать» дефектные гены, ассоциированные с неизлечимыми наследственными заболеваниями (впрочем, пока эта разработка недоступна для широкого применения).

Кстати, про искусственный интеллект (ИИ). Оказывается, термину уже более 70 лет, хотя широкое распространение он получил только в последние годы. Сегодня нейросеть позволяет **определять редкие заболевания** и предлагает эффективные варианты лечения. Интеллектуальные системы также начали активно использовать в акушерстве и гинекологии — **для пренатальной диагностики** и оценки риска неблагоприятного перинатального исхода, в телемедицинских консультациях.

**[ Список нерешаемых проблем акушерства и гинекологии не мал: бесплодие, задержка роста плода, ранние потери беременности, преждевременные роды, преэклампсия, материнская и младенческая смертность. ]**

Однако можно ли полностью полагаться на компьютерный разум и сможет ли всемогущий ИИ заменить живых специалистов? Как всегда, важно **сохранять баланс**: слепо верить «нейронке», пожалуй, не стоит, но в каких-то ситуациях предложенные ею варианты натолкнут на верную мысль и помогут найти правильное решение. Хотя в интернете много курьёзных примеров того, как порой ИИ понимает задание **слишком буквально**, без учёта подтекстов и других особенностей. Так что пока **опыт, знания, широкий кругозор и чутьё** практикующего врача оказываются надёжнее, хотя современному доктору не стоит категорически отказываться от помощи системы машинного обучения, если этот инструмент может оказаться полезным. Например, если возьмёт на себя рутинные задачи и поможет **оптимизировать работу** акушера-гинеколога, сэкономяв ему время и силы: проанализирует данные пациенток в медицинских картах, рассчитает сложные показатели рисков преждевременных родов или преэклампсии, интерпретирует результаты исследований (ультразвукового, магнитно-резонансной томографии),

подберёт материалы для видеоконсультации. Специалисту, существующему в режиме **жёсткого цейтнота**, не стоит отказываться от такой помощи.



Представления врачей о **норме и нарушениях микробиоценоза** влагалища и вагинальных инфекциях, в том числе вызванных условно-патогенными микроорганизмами, весьма размыты. Микробный пейзаж интимной зоны чрезвычайно разнообразен, а вариативность его состава ещё более заметна при патологических состояниях. Во влагалище одновременно живут и взаимодействуют **сотни видов** бактерий и грибов, но далеко **не все они ассоциированы** с дисбиозами

и вагинитами. Однако обстоятельства, при которых патологический процесс может быть запущен, хорошо известны — снижение иммунитета, гормональный дисбаланс, приём некоторых лекарственных препаратов и, конечно, промискуитетное поведение, особенно если оно сопряжено с незащищёнными половыми контактами.

Уреаплазмы, микоплазмы — кто же они, **друзья или враги**? С одной стороны, *Ureaplasma spp.* и *Mycoplasma hominis* считают **частью нормального биоценоза** урогенитального тракта многих здоровых женщин. Они — условно-патогенные представители биоценоза, населяют мочеполовую систему, при этом их можно передать посредством сексуального контакта. Вероятно, как самостоятельные единицы они безобидны, но в **специфических условиях**, особенно в высокой степени колонизации и в связке с другими комменсалами, они могут приводить к воспалительному процессу в урогенитальном тракте и появлению симптомов. С другой стороны, есть данные об ассоциации этих микроорганизмов с **серьёзными перинатальными осложнениями**.

Позиции различных авторитетных отечественных и зарубежных медицинских организаций, занимающихся инфекционными заболеваниями, на этот счёт также **расплывчаты**. Одни считают, что высокая концентрация возбудителя на фоне выраженной симптоматики автоматически требует назначения антибиотикотерапии, другие — обходят конкретные вопросы лечения стороной, делая акцент на более тщательном обследовании. Однако как следует поступить акушеру-гинекологу в тот момент, когда на приём к нему придёт пациентка с очевидной проблемой, требующей решения, если в нормативных документах **нет конкретики и однозначных рекомендаций** по лечению? Ответственность здесь, конечно, лежит на лечащем враче, и ему необходимо задействовать **клиническое мышление**: глубоко проанализировать ситуацию, найти причинно-следственную связь, выявить главного виновника и уже на основании этого назначать лечебные мероприятия. Переход от диагностики к терапии не должен быть автоматическим — для начала важнее **комплексно оценить** здоровье женщины и состояние её вагинального биоценоза, учесть анамнез и симптомы.



Несмотря на космические достижения в науке, технике и медицине, остаются и **нерешаемые проблемы**, справиться с которыми не способна ни одна инновационная разработка. По крайней мере пока. Список таких **сложно управляемых** трудностей в акушерстве и гинекологии не мал: бесплодие, задержка роста плода, потери беременности на ранних сроках, преждевременные роды, преэклампсия, материнская и младенческая смертность — многие из них **слабо поддаются** любым профилактическим и лечебным мероприятиям. Сказать, что медики ничего не предпринимают для борьбы с этими состояниями, — несправедливо. Врачи хотя и самоотверженные профессионалы с уникальными знаниями и невероятным опытом, **делающие всё возможное** для сохранения и укрепления репродуктивного потенциала страны, но они, увы, не боги. Многие аспекты лежат вне плоскости наших компетенций, а на некоторые мы не в силах повлиять **из-за недостатка**

**знаний.** Не потому, что не хотим изучать предмет, а потому, что это открытия, которые только предстоит сделать.

Например, **эндометриоз** — одна из «болезней загадок и предположений» (Н.С. Бакшеев), вызывающая страдания миллионов пациенток во всём мире, и с каждым годом их становится всё больше. Это реальная **глобальная медико-социальная проблема**, влияющая и на жизни конкретных женщин, и на систему здравоохранения, и на экономику государств. Теорий возникновения этого патологического состояния много, но ни одну из них нельзя считать аксиомой. **Выявить его непросто** — порой годами оно скрывается «под маской» синдрома раздражённого кишечника, цистита и даже геморроя. Методы лечения хотя и известны, но они **лишь воздействуют на симптомы**, не влияя на причины болезни, которых мы не знаем. Однако все эти препятствия — не повод оставлять пациентку без медицинской помощи. Возможно, имеющиеся в настоящее время инструменты не смогут излечить эндометриоз полностью, но поддержать оптимальное состояние им под силу. А обеспечение хорошего качества жизни женщины с хроническим заболеванием (читай — **без боли!**) — одна из стратегических задач.



Ещё одна трудность, для преодоления которой у акушеров-гинекологов не так много рычагов влияния, — **задержка роста плода и плацентарная недостаточность**. У специалистов есть много методов для выявления этих патологических состояний — ультразвуковое исследование, фетометрия, доплерометрия, кардиотокография, неинвазивное пренатальное тестирование (НИПТ), амниоцентез, генетическое обследование. А именно для лечения способа пока не придумано. Работают **всего два** препарата — сульфат магния и ацетилсалициловая кислота, однако лишь как средства профилактики.

В мире ежегодно происходит **23 млн выкидышей**. Причины и факторы риска известны, но стало ли меньше потерь? Нет, не стало. Однако и смиряться с таким положением дел нельзя. И здесь в списке разнообразных виновников ситуации мы видим **нарушение вагинального микробиома**. Точные механизмы этой



[ Многие пациентки отказываются от гормональной контрацепции и МГТ по незнанию — из-за страха нежелательных явлений, неэффективности и по другим необъяснимым и нелогичным причинам. ]

порочной ассоциации пока до конца не изучены, но совершенно очевидно, что дисбиоз усиливает вероятность колонизации патогенами и восходящей инфекции, нарушает иммунные процессы и в конечном итоге приводит к сокращению матки и ремоделированию плодных оболочек. Бактериальный вагиноз — известный **агрессор репродуктивной системы**, нередко запускающий «снежный ком» проблем — преждевременные роды, выкидыши, воспалительные заболевания органов малого таза, эндометриты и другие неблагоприятные исходы. Иными словами, проблема **не только медицинская, но и социальная**, но далеко не всегда медики могут влиять на эти аспекты.

Мы часто говорили о том, что **лечить сексуальных партнёров** пациенток с бактериальным вагинозом **не требуется**, особенно при отсутствии симптомов. Однако появилось новое исследование, опровергнувшее непререкаемость этого утверждения. Оказалось, что в группе лечения обоих партнёров по сравнению с контрольной, где терапию получали лишь женщины, отмечено статистически значимое снижение рецидивов заболевания. Конечно, это не повод срочно пересматривать схемы терапии, но это, коллеги, ещё одна **идея для размышлений и контраверсий**. К тому же история с рецидивами сама по себе непростая — виноватыми в таком развитии сюжета могут быть и биоплёнки, и неправильно выбранное лекарственное средство или устойчивость возбудителей к нему и недостаточная доза препарата либо несоблюдение назначений врача, в частности пренебрежение вторым этапом терапии, включающим использование пробиотиков.

Преодолевая пациентские возражения и установки, нехватку научных данных, отсутствие эффективных методов, мы должны **решать все эти нерешаемые проблемы**. А пока будем использовать те инструменты и возможности, которые есть сейчас, и это уже значительно больше, чем бездействие.



Медицина здорового долголетия — раздел науки, только **набирающий обороты**. Тем не менее уже появились отдельные anti-ageing-мероприятия, изданы и готовятся к выпуску книги, посвящённые антивозрастным программам, в номенклатуру медицинских специальностей вот-вот введут изменения, согласно которым выпускники лечебного и педиатрического отделений после прохождения подготовки в ординатуре по специальности «гериатрия» смогут оказывать услуги пациентам элегантного возраста.

Пристальное внимание к этому направлению оправдано в связи с **растущей продолжительностью жизни** населения, в частности женского. По данным за 2025 год, средняя продолжительность жизни россиянок достигла **78 лет**, и это, конечно, не предел. В планах правительства России в ближайшие годы повысить этот показатель. Однако целью должно стать не столько фанатичное достижение определённой возрастной отметки, сколько **сохранение и поддержание** других характеристик — физической активности, функциональной независимости, когнитивного благополучия (здорового ума и твёрдой памяти).

После выхода на пенсию (в нынешних реалиях это **60 лет**) женщина проживёт ещё **как минимум 20 лет**. Это время обидно называют периодом дожития, хотя современные возможности медицины позволяют сделать его **активным, интересным и насыщенным событиями**. Таким, что, перефразируя известную цитату из кинофильма, можно сказать: в 60 лет жизнь только начинается! Безусловно, в этот период для пациенток важно ощущать полноту жизни, а себя — нужными, красивыми, сексуальными. Они имеют на это право, и главное — это достижимо!

Впрочем, замедлять старение и готовиться к активной, «бьющей ключом» жизни на пенсии необходимо не по факту, а значительно раньше. Первые зво-

ночки могут появиться в **возрасте «40+»**, когда репродуктивная функция женщины начинает постепенно выключаться. Предпринятые именно в этот период действия **критически важны** с точки зрения подготовки к менопаузе и дальнейшей жизни в постменопаузе. Контролировать эту «точку отсчёта» должен акушер-гинеколог. Необходимо подобрать для пациентки контрацептивные препараты, защищающие от нежеланной беременности (если ей это необходимо), и впоследствии **плавно перевести** её на гормональные средства или их аналоги, облегчающие климактерические симптомы. Уже давно доказано, что подобным фармакологическим помощникам под силу не только купировать конкретные дискомфортные симптомы, но и **профилактировать различные состояния**, ассоциированные с возрастом и эстрогенодефицитом.

Наши современницы элегантного возраста имеют возможность пройти непростой период вхождения в новый этап безболезненно и без снижения качества жизни — у их предшественниц такого выбора, к сожалению, не было. Впрочем, **шлейф мифов и недоверия** к гормонам тянется до сих пор. Многие пациентки отказываются от гормональной контрацепции и менопаузальной гормональной терапии (МГТ) по незнанию — из-за страха побочных действий, неэффективности и по другим необъяснимым и нелогичным причинам. В России частота назначений МГТ едва достигает **6% (!)**, то есть доказанно работающий инструмент со здоровьем, просто не используют! **Борьба с гормонофобией** — ещё одна важная задача акушера-гинеколога: развеять страхи и сомнения, рассказать о преимуществах современных препаратов, убедить в их безопасности и необходимости, подобрать наиболее оптимальное средство. Это займёт совсем немного времени на приёме, но может подарить женщине **годы активной и благополучной жизни**.



Несмотря на строгий контроль качества медицинской помощи и реализованных программ модернизации лечебных учреждений, пользователи не совсем до-

вольны безупречностью оказываемых услуг. Например, **83% пациентских жалоб** связаны с **дефицитом или недостаточной компетенцией** медработников. Хотя, если сравнивать с данными опросов 20-летней давности, доля довольных россиян выросла на 7%.

Так ли всё плохо на самом деле? Есть распространённая ситуация — **эффект выборочной обратной связи**, когда клиенты на волне эмоционального всплеска часто пишут отрицательные отзывы и жалобы, если их что-то не устроило, но если покупка или услуга понравились, то и писать смысла нет. В любом случае каждый негативный комментарий от пациентов — это **сигнал для проверки**, причём не с целью найти и наказать виновных, а для улучшения организации процессов и качества работы учреждения.

Впрочем, для подтверждения высокой квалификации российских врачей и признания их достижений учреждены различные конкурсы и премии, которые проходят с большим успехом. SP ежегодно проводит свой собственный медицинский «Оскар» на семинаре в Сочи — премию «Репродуктивное завтра России», где выбирают и награждают **лучших из лучших в профессии**. Ещё одно важное и полюбившееся акушерам-гинекологам мероприятие — **переключка перинатальных центров (ПЦ)**, целью которой становится не столько выявление победителей (хотя продемонстрировать результаты своей успешной работы всегда приятно), сколько желание обменяться с коллегами мнениями и эффективными решениями, касающимися жизни и здоровья матери и ребёнка.

Интересно, что год от года мероприятие становится более популярным — каждый раз **число участников увеличивается**, и многие центры участвуют в переключке не впервые. Это подтверждает живой интерес руководителей организаций и рядовых врачей к этой **созидательной** инициативе. Есть и лидеры, которые упорно держат пальму первенства на протяжении нескольких лет, а есть те, кто постепенно, шаг за шагом наращивает свои показатели и самосовершенствуется. Так произошло с Наро-Фоминским ПЦ, который уже второй год подряд занимает первое место среди городских ПЦ, хотя это-

му молодому учреждению нет и 10 лет! Поражают результаты работы организации. Так, в 2025 году здесь родилось **6667 детей** (рекомендуемое значение для ПЦ — 5000), доля кесарева сечения составила **25,6%**, а низкая доля, как известно, это свидетельство высокой квалификации ПЦ. Безусловно, это вызывает **глубокое уважение и радость** за коллег, чей тяжёлый и важный труд оценивают по достоинству.



Прерывание беременности — всегда **непростая клиническая ситуация** независимо от того, самостоятельно ли женщина приняла такое решение, потому что зачатие случилось незапланированно или на то есть медицинские показания,

[ В случае выявления пороков развития и хромосомных аномалий плода врачу запрещено рекомендовать прервать беременность или излагать своё субъективное видение перспектив жизни семьи. ]

когда беременность угрожает здоровью матери или у плода выявлены пороки, несовместимые с жизнью. Помимо медицинских аспектов, значение которых понимает любой практикующий специалист, существует ещё и **аспект этический**. Как сказать пациентке о необходимости прерывания гестации? Как всё правильно объяснить? На что имеет право акушер-гинеколог?

С одной стороны, ответ прост. В методических рекомендациях Минздрава РФ чётко написано, что в случае выявления пороков развития и хромосомных аномалий плода врачу **запрещено рекомендовать прервать беременность** (даже если прогноз для жизни и здоровья ребёнка неутешителен) или излагать своё субъективное видение перспектив жизни семьи. Нельзя намекать, уговаривать, приводить аргументы — это давление. Женщина **должна сделать выбор сама**, каким бы он ни был, и задача доктора — оказать ей помощь в дальнейшем. Решилась на аборт — сделать это наиболее безопасным способом и провести постабортную реабилитацию. Решила рожать — вести беременность

в соответствии с нормативными документами.

Наука продолжает развиваться, и многие достижения стоит использовать с **предиктивной целью**. Появились свежие данные, что НИПТ может стать вариантом выявления спинальной мышечной атрофии. Известно также, что применение вспомогательных репродуктивных технологий значительно уменьшает вероятность наступления беременности плодом с хромосомными аномалиями, если выполнено преимплантационное генетическое тестирование. Не стоит списывать со счетов и возможности фетальной хирургии, с помощью которой успешно корректируют пороки ещё внутриутробно. Иногда решение находится даже из кажущейся нерешаемой ситуации.



**Труд и трудность.** Такие похожие по звучанию слова, но такие **разные по значению и смыслу**. Однако они взаимосвязаны: трудности побуждают к труду, а труд в свою очередь помогает преодолевать трудности. Без сложных случаев, критических ситуаций и нерешённых вопросов многие специалисты в области медицины не имели бы возможности расти над собой, добиваться успеха, набираться опыта.

Трудности закаляют, формируют характер, делают сильнее. Важно находить в себе силы преодолевать их, бороться, идти до конца, достигая цели, и это, кстати, тоже часть нашей работы и **большой труд**. И мы, врачи, вознаграждены за него умением найти выход из запутанных клинических ловушек, признанием коллег и, самое главное, сохранёнными здоровьем, благополучием и жизнью наших пациенток. Сил и успехов вам, дорогие коллеги! **SP**