

**РЕЗОЛЮЦИЯ 11-Й ОБЩЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕСЕННИЕ КОНТРАВЕРСИИ»,
12–14 МАРТА 2026.**

1923 очных участника и 1319 онлайн-слушателя из 86 регионов РФ;
95 заседаний, 344 доклада от 231 спикера, 64 стенда участников выставки.

Конференция традиционно началась с утреннего pre-course: перитонит после кесарева сечения у пациентки с ожирением и сахарным диабетом. Докладчики и эксперты указали на сложившуюся новую акушерскую реальность: **коморбидность** (практически у каждой беременной более двух хронических заболеваний) осложняющую течение гестации и родов, провоцируя порой фатальные последствия.

Эксперты указали на **типичную ловушку**, в которую нередко попадают клиницисты: незначительная положительная динамика лабораторных маркёров воспаления воспринимается, как победа консервативной тактики, и **необходимая санация очага запаздывает**, обуславливая иногда фатальный исход. Своевременное выполнение вакуум-аспирации полости матки с гистероскопией — обязательный компонент акушерской тактики.

Отражая **идеологию конференции**, торжественное открытие — «Контраверсии репродукции: экспертные ринги в поисках клинического консенсуса» — задало ритм всего мероприятия. Вопросы междисциплинарного подхода были подняты в программном докладе нашего бессменного лидера, акад. РАН, проф. В.Е. Радзинского **«Репродукция и коморбидность — парадигма 21 века»**. Это одна из ключевых междисциплинарных проблем современного акушерства. Обсуждению этой темы будет также посвящена секция **«Внимание — коморбидность! Маршрутизации беременных высокого риска: цифровая трансформация и клинический опыт»**.

Вызывает глобальную озабоченность растущая частота ожирения и кардио-метаболических нарушений. Артериальная гипертензия перестала быть «мужской» болезнью, а гестационный сахарный диабет увеличился в 40 раз (!) за последние 20 лет. При этом отмечают **недоработку звеньев** амбулаторного и стационарного этапов прогнозирования, профилактики и лечения экстрагенитальных заболеваний. Территориальные поликлиники перестают работать с пациентками, имеющими хронические заболевания, сразу после постановки больной беременной на учёт в ЖК; нет приоритетного приёма врачами-специалистами и лабораторно-инструментального обследования; вопреки указанным Приказам МЗ госпитализация беременных в «профильные» отделения областных больниц встречают **серьёзное сопротивление их руководителей**, несмотря на то, что именно экстрагенитальные заболевания прочно занимают ведущее место в структуре причин материнской смертности (МС). Подавляющее большинство умерли в ... акушерских стационарах, а не в «профильных» отделениях. Вопрос не решается десятилетиями.

Руководители московского здравоохранения поделились первыми **итогами реформации отрасли**. За прошедший год многие проекты, запущенные ранее, дали осязаемый результат: технологии из разряда экспериментальных перешли в повседневную практику районных поликлиник, а скорость и доступность медицинской помощи вышли на принципиально новый уровень. В секции **«Центры женского здоровья Москвы: стандарты, технологии и междисциплинарный подход»** эксперты уделили особое внимание опыту работы недавно созданных структур.

Доклад заместителя руководителя Росздравнадзора Е.А. Шешко был посвящён управлению качеством медицинской помощи (КМП). Участникам конференции была представлена новая модель **системы менеджмента качества (СМК)**, предусматривающая создание центров компетенций — региональных (к которым отнесены медорганизации 3 уровня) и федеральных (НМИЦ и медорганизации, подведомственные Минздраву России). Кроме того, формируется институт экспертов, помогающих внедрить СМК в конкретной женской консультации, гинекологическом или родовспомогательном стационаре.

Вопрос о критериях оценки КМП был поднят на Школе юридической самообороны врача. Закон требует, чтобы экспертиза КМП (как в системе ОМС, так и в рамках государственного контроля) была проведена по критериям, разработанным на основе клинических рекомендаций и утверждённых Минздравом РФ. Однако клинические рекомендации предполагают **выбор вариантов** вмешательств, исходя из конкретной клинической ситуации, а критерии, утверждённые приказом №203н, этих особенностей не учитывают. Участники обсуждения считают необходимым **обратить внимание** Минздрава РФ на это несоответствие.

Несмотря на снижение частоты МС, цифры всё ещё высоки. Так, МС после ЭКО — явление недопустимое, практически вся она — следствие экстрагенитальных заболеваний. Отмечают также тенденцию к **повышению МС** от преэклампсии и эклампсии. Этому вопросу было посвящено несколько секций. Причин несколько: размытость клинической картины, недостаток классического акушерского образования, чрезмерная надежда на коллег-смежников (за нетипичными симптомами не всегда возможно разглядеть начало преэклампсии). Кроме того, действующие клинические рекомендации содержат весьма **спорное утверждение** о терапии магния сульфатом. Настало время переосмысления.

Развитие акушерской помощи — естественный процесс, при котором появляются новые, необходимые элементы, при этом отмирают потерявшие актуальность. Функционал **отделений патологии беременности** за последнее десятилетие полностью изменился: никаких бесконечных и бессмысленных лечений «угроз», плацентарной недостаточности или «подбора» токолитиков нет и в помине, как и госпитализаций в «критические» сроки. При этом никуда не делись протяжённость расстояний и разноречивость учреждений. Как должны функционировать, или во что трансформироваться отделения патологии беременности — на этот вопрос отвечали наши эксперты.

Единое мнение: дородовая госпитализация должна осуществляться в отделения акушерского ухода стационаров III уровня. В этом случае намного ниже риски, связанные с обсеменением госпитальной флорой, которая с каждым годом становится **более резистентной** к существующим антибактериальным препаратам. Этот вариант также намного безопаснее в плане потенциальной **акушерской агрессии**. Остальной контингент может прекрасно получать помощь в амбулаторных структурах: дневном стационаре или консультативно-диагностическом отделении. Ведущей задачей становится **решение вопроса оплаты страховыми компаниями**: необходимо добавление коек сестринского ухода в справочники и технологические карты наравне со стационарными.

Внедрение **репродуктивной диспансеризации** всё ещё далеко от идеала, но у акушеров-гинекологов и педиатров появилась возможность влиять на здоровье девочек (в том числе, особенности питания и коррекцию ожирения) и на их родителей. Проблема ожирения и сахарного диабета актуальна и для педиатрии, а **олигоменорея** у девочек — **предиктор бесплодия** в будущем. Участники конференции всемерно поддерживают и одобряют внедрение репродуктивной диспансеризации **с 13 лет**.

Уже полюбившиеся батл-контраверсии — интеллектуальный ринг без компромиссов — вызвали много оживлённых дискуссий.

1. Хронический эндометрит: антибиотики — нет или антибиотики — да? Бактерии или вирусы?

Бактериальный агент, требующий эрадикации, или вирусный триггер, запускающий аутоиммунный каскад? Сторонники антибиотикоцентричного подхода отстаивают необходимость назначения антибактериальных средств априори. Их оппоненты противопоставляют им более избирательный подход, призывая учитывать патогенетические особенности хронического эндометрита.

Консенсус не достигнут, будем продолжать дебаты на следующих конференциях.

2. Кто определяет объём операции? Амбулаторный гинеколог vs хирург стационара?

Возможность и место выполнения оперативного вмешательства зависит от уровня **компетенции** специалиста. Опыт создания ЦЖЗ в Москве показал, что компетенции амбулаторного врача возрастают, и в подавляющем большинстве случаев врачи сами могут определить объём хирургического вмешательства. В

небольшом количестве клинических ситуаций требуется **консилиум**, в котором участвуют врачи госпитального звена, а решения принимаются консолидированно.

Также в ЦЖЗ вернулись к **исконной функции акушерки**, как самостоятельного звена медицинской помощи. Акушерка осуществляет доврачебный приём и выполняет ряд манипуляций, а не используется в качестве регистратора, выписывающего анализы и талоны.

3. Беременность и инфекции мочевых путей. Чья проблема? Акушер-гинеколог vs уролог

Развернулась жаркая дискуссия — кто должен вести беременную с ИМП: гинеколог, который ведёт её с первого обращения, или уролог, который знает все тонкости диагностики и лечения. Мнения участников менялись в зависимости от позиций выступающих.

В итоге пришли к **консенсусу**: только в содружестве можно выбрать правильную стратегию ведения и тем самым предупредить осложнения беременности.

По итогам конференц-марафона участники постановили.

1. Необходимо передавать отдельные функции врача акушера-гинеколога акушеркам — элите среднего медицинского персонала, наиболее подготовленной для самостоятельной работы — что позволит использовать рабочее время врача более рационально. Одновременно следует **укомплектовать ФАПы акушерками**, а не только фельдшерами — что представляется абсолютно выполнимой задачей для региональных органов управления здравоохранением. Нужно учитывать, что женщины, проживающие в сельской местности, не пойдут на гинекологический осмотр к мужчине-фельдшеру по этическим соображениям.

2. Учитывая, что большинство современных женщин имеет целый ряд экстрагенитальных заболеваний, необходимо **в каждый профильный порядок** внедрить раздел по беременности. Только в этом случае мы сможем снизить вполтину МС от экстрагенитальных заболеваний.

3. Для улучшения качества медицинской помощи необходимо наладить **мониторинг выполнения региональных схем маршрутизации** пациенток для родоразрешения в стационары соответствующего профиля — с вызовом акушеров-гинекологов «на себя». Перинатальные центры не предназначены для лечения пациенток с экстрагенитальными заболеваниями.

4. Передовой опыт московского здравоохранения заслуживает всестороннего изучения для возможного **распространения технологий** на значимую часть территорий РФ.

5. Поскольку в текущем году предстоит обновление клинических рекомендаций «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде», предложено **внести в новую редакцию** пункт о включении сульфата магния в стартовую (базисную) терапию при любых симптомах преэклампсии на время диагностического поиска и пока не будет доказано, что в конкретной ситуации — умеренная стадия.

Во время работы конференции **утверждена** Памятка для врачей о пользе магнезиальной терапии (см. Приложение 1).

6. Внести изменения в **программу профессиональной подготовки** врачей в соответствии с требованиями времени.

МАГНЕЗИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ СПАСАЕТ ЖИЗНИ

Междисциплинарная ассоциация
специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

12 марта 2026 года

Москва

В 2023 году материнская смертность сократилась в 2,8 раза по сравнению с «коронавирусным» 2021 годом, однако она по-прежнему высока — умерли **168 женщин**. В структуре причин материнской смертности за акушерскими кровотечениями и эмболией следуют «отёки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности».

Материнская смертность от преэклампсии (ПЭ) за последнее десятилетие в целом после внедрения новой классификации (!) снизилась **в 2 раза**: 33 пациентки в 2014 году и 17 — в 2023-м. Однако, что за этим скрывается? Действительно ли стало меньше ПЭ или акушеры-гинекологи стали хуже видеть это осложнение за «экстрагенитальной завесой», куда и «уходит» статистика части погибших женщин?

И даже несмотря на этот вероятный «трансфер», уже сегодня мы наблюдаем **тревожную тенденцию**: в 2023 году по сравнению с 2022-м годом отмечен **двукратный рост** смертности от ПЭ — 17 (10,1%) vs 10 (5,9%)¹ умерших по этой причине. И сегодня это — вопрос **классического акушерского образования**⁶.

Почему гибнут женщины?

Своевременной диагностике ПЭ, особенно тяжёлой, препятствует **неспецифичность проявлений**.

- При **тромбоцитопении** беременных направляют к гематологу для поиска аутоиммунных причин.
- При повышении **концентрации печёночных ферментов** назначают консультацию гепатолога.
- Если болит **эпигастральная область** или **голова**, врачи ищут любую причину, но только не диагностируют тяжёлую форму ПЭ.

А между тем **недооценка и отсутствие мониторинга** пациенток при манифестации этих не столь специфичных проявлений ПЭ могут оказаться фатальными².

Основа терапии вчера и сегодня

Многие десятилетия главным инструментом врачей в борьбе с материнской смертностью, обусловленной тяжёлой ПЭ, служит отечественный приоритет — **магнезиальная терапия**. Практически не дающую осложнений, её легко контролировать по уровню микроэлемента в крови.

Замена магния сульфата чем бы то ни было — опасна! Согласно актуальным мировым (с 1995) и российским клиническим рекомендациям, магний — **препарат первой линии** для **профилактики** и лечения **судорог** при тяжёлой ПЭ и эклампсии³.

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

Юридическая коллизия

Текущая версия российских клинических рекомендаций содержит пункт, который ввёл в заблуждение многих врачей: «Магния сульфат **не рекомендован** при умеренной ПЭ»³.

При этом в комментарии в тех же клинических рекомендациях указано, что введение магнезии не предотвращает прогрессирование ПЭ (как и любой другой препарат!), но **эклампсия может**

произойти на фоне ПЭ любой степени тяжести, следовательно, противосудорожная терапия сульфатом магния — **первостепенная задача**⁸.

По всей видимости, само положение и первая часть комментария могли привести к **изменению тактики ведения** пациенток, что в ряде случаев закончилось фатально.

Механизм действия

Позитивное воздействие магния сульфата основано на патогенезе ПЭ.

Генерализованный сосудистый спазм обусловлен тем, что плацента, недополучая кислорода и питательных веществ из-за неполноценности спиральных артерий, шунтирования капиллярного русла в интересах плода «накачивает» давление в сердечно-сосудистой системе. На каком-то этапе прогрессирующие вазопрессорные **влияния** оказываются в избытке, отсюда дальнейшее усугубление страданий плода и риск судорожного синдрома как реализация кислородного голодания мозга женщины.

Магния сульфат **расширяет капиллярное русло**, улучшая кровоснабжение, без чего антигипертензивная терапия может привести к дальнейшему сокращению периферического кровотока и клиническому ухудшению⁸.

Назначение метилдопы, блокаторов нифедипина не лечит ПЭ и **не улучшает микроциркуляцию**, однако эти препараты «обманывают» врача, снижая артериальное давление. Итог — «развёрнутая» ПЭ, иногда со смертельным исходом.

Что даёт магнезия?

Магния сульфат **не устраняет причину** критического акушерского состояния, но предоставляет **выигрыш во времени** и даёт возможность или транспортировать пациентку в учреждение более высокого уровня, или обеспечить прибытие специализированной помощи.

Правильно подобранная магниальная терапия **предотвращает смертность** от ПЭ. Кокрейновский обзор (n=11 444) показал, что назначение магния сульфата при ПЭ снижает риск гибели матери на 46%⁴.

В 2024 году, **всесторонне рассмотрев** накопленные за много лет научные и клинические данные, группа зарубежных экспертов пришла к **нижеследующим выводам**⁵.

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

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

Выводы экспертов MAPC

- Магниальная терапия должна быть **базисной**.
- До тех пор, пока мы не уверены в степени тяжести ПЭ, пациентку надлежит вести как тяжёлую. Тактику ведения следует изменять только в том случае, когда **доказано отсутствие** высокой степени тяжести ПЭ.
- **Незамедлительное** назначение сульфата магния позволяет **более безопасно** пройти период **диагностического поиска**.

Литература

1. Здравоохранение в России. 2025: Стат.сб./ Росстат. — М., 2025 — 149 с.
2. Рокотянская Е.А., Таланова И.Е., Малышкина А.И. и др. Тяжелая преэклампсия как одно из критических акушерских состояний: основные факторы возникновения (данные по Ивановской области). Женское здоровье и репродукция. 2023. № 3 (58). 8-13.

3. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. 2024. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/637_2
4. Duley L., Gülmezoglu A.M., Henderson-Smart D.J., Chou D. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2010;2010(11):CD000025. [PMID: 21069663]
5. De Oliveira L., Korkes H., Rizzo M. et al. Magnesium sulfate in preeclampsia: Broad indications, not only in neurological symptoms. Pregnancy Hypertens. 2024;36:101126. [PMID: 38669914]
6. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, М.А. Курцера, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2026. — 1048 с.
8. Предиктивное акушерство. / Под ред. В.Е. Радзинского, С.А. Князева, И.Н.Костина. — 2-е изд., доп. — Москва : Редакция журнала StatusPraesens; 2025. — 528 с.
9. Женская консультация. / Под ред. Радзинского В.Е. — Москва : ГЭОТАР-Медиа; 2024. — 576 с.