

© Коллектив авторов, 2026

Подготовка врача-терапевта первичного звена здравоохранения к ведению беременных с соматической патологией

Г.П. Арутюнов¹, В.Н. Ларина¹ ✉, Е.Е. Ильина¹, А.А. Клименко¹, И.Г. Гордеев¹, О.Ю. Милушкина¹, Л.И. Ильенко¹, Т.Ю. Демидова¹, Н.В. Теплова¹, Г.Р. Зарипова¹, Ю.А. Филяева², С.Е. Козырев¹, Т.Н. Миронова¹, А.В. Соколова¹, Д.О. Драгунов¹

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

²Медицинский центр «Леоклиник», г. Москва, Российская Федерация

✉ larinav@mail.ru



Аннотация. В статье обсуждаются особенности ведения соматических заболеваний у беременных в рамках образовательного процесса по программе специалитета по направлению «Лечебное дело» для подготовки врача-лечебника (врача-терапевта участкового) к практической деятельности. Представлены подходы к обследованию и маршрутизации беременных врачом-терапевтом. Рассмотрены аспекты профилактической работы терапевта с женщинами (начиная с этапа прегравидарной подготовки), нацеленной на выявление основных факторов риска хронических заболеваний и состояний, потенциально влияющих на вероятность зачатия и вынашивания беременности, а также особенности назначения лекарственной терапии в период беременности и кормления грудью, при планировании беременности. Неблагоприятно протекающая беременность способна в будущем формировать высокий сердечно-сосудистый риск, в связи с чем обучение ведению не только беременных с соматической патологией врачом-терапевтом первичного звена, но и наблюдение в послеродовой период, особенно отдаленный, является принципиально важным элементом образовательного процесса в медицинском вузе.

Ключевые слова: беременные, врач-терапевт участковый, специалитет, лечебное дело, соматическая патология, профилактическая работа.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Арутюнов Г.П., Ларина В.Н., Ильина Е.Е., Клименко А.А., Гордеев И.Г., Милушкина О.Ю., Ильенко Л.И., Демидова Т.Ю., Теплова Н.В., Зарипова Г.Р., Филяева Ю.А., Козырев С.Е., Миронова Т.Н., Соколова А.В., Драгунов Д.О. Подготовка врача-терапевта первичного звена здравоохранения к ведению беременных с соматической патологией. Терапия. 2026;12(7):124–136. <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2026.7.124-136>

Training of primary care physicians to manage pregnant female patients with somatic pathology

Gregory P. Arutyunov¹, Vera N. Larina¹ ✉, Elena E. Ilyina¹, Alesya A. Klimenko¹, Ivan G. Gordeev¹, Olga Yu. Milushkina¹, Lidia I. Ilenko¹, Tatiana Yu. Demidova¹, Natalya V. Teplova¹, Gulnara R. Zaripova¹, Julia A. Filyaeva², Sergey E. Kozyrev¹, Tatiana N. Mironova¹, Anna V. Sokolova¹, Dmitrii O. Dragunov¹

¹N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation

²Leoclinic Medical Center, Moscow, Russian Federation

✉ larinav@mail.ru

Abstract. Current article discusses the management of somatic diseases in pregnant females as a part of the educational process for the specialty program in “General medicine” to prepare primary care physicians (general practitioners) for practical work. The approaches to the examination and routing of pregnant women by primary care physicians are presented. Aspects of preventive work with females (beginning with pre-pregnancy preparation) aimed at identifying the main risk factors for chronic diseases and conditions that potentially affect the probability of impregnation and carrying of a pregnancy are considered. It also examines the specifics of prescribing drug therapy during pregnancy, breastfeeding, and pregnancy planning. An unfavorable pregnancy can lead to high cardi-

ovascular risk in the future. Therefore, training in the management of pregnant female patients with somatic pathologies by primary care physicians, as well as monitoring during the postpartum period, especially the late postpartum period, is a fundamentally important element of the educational process at a medical university.

Keywords: pregnant females, primary care physician, specialty, medical care, somatic pathology, preventive care.

The authors declare no conflicts of interest.

For citation: Arutyunov GP, Larina VN, Ilyina EE, Klimenko AA, Gordeev IG, Milushkina OYu, Ilenko LI, Demidova TYu, Teplova NV, Zaripova GR, Filyaeva YuA, Kozyrev SE, Mironova TN, Sokolova AV, Dragunov DO. Training of primary care physicians to manage pregnant female patients with somatic pathology.

Therapy (Moscow). 2026;12(7):124–136. <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2026.7.124–136>

ВВЕДЕНИЕ

16 июня 2026 г. по инициативе Института клинической медицины в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И. Пирогова состоялся научно-практический семинар на тему «Особенности ведения соматических заболеваний у беременных. Стратегия преподавания». Целью его проведения было обсуждение стратегии преподавания темы «Соматическая патология у беременных» для улучшения подготовки обучающихся медицинского вуза по программе специалитета «Лечебное дело» к применению знаний в широкой клинической практике.

Улучшение качества медицинской помощи беременным требует системных изменений, включая развитие диспансеризации, укрепление профилактического направления медицины и повышение роли женских консультаций. В ходе семинара специалистами разного профиля обсуждались особенности ведения пациенток с соматическими заболеваниями, относящимися к группам акушерского риска.

Участники семинара сделали акцент на необходимости внедрения образовательных программ, направленных на информирование молодежи о факторах риска и значении сохранения репродуктивного здоровья, равно как и на обучении врача-терапевта системному подходу к пациенту на амбулаторном приеме.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАБЛЮДЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ И МАРШРУТИЗАЦИЮ БЕРЕМЕННЫХ

Улучшение демографической ситуации — одна из ключевых целей государства. Ее достижение зависит от решения комплекса разноплановых задач, одной из которых является наблюдение и медицинская помощь беременным. Эта функция лежит на системе здравоохранения в целом, но в первую очередь на ее амбулаторном звене. Согласно порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», первич-

ная специализированная медицинская помощь беременным оказывается врачами — акушерами-гинекологами в специализированных кабинетах, женских консультациях или центрах охраны здоровья семьи и репродукции в зависимости от уровня медицинской организации [1].

Таким образом, основную ответственность за наблюдение, обследование и маршрутизацию беременных несет врач — акушер-гинеколог. В то же время в период наблюдения за беременностью свою роль играет и врач первичного звена, прежде всего врач-терапевт участковый и врач общей практики.

РОЛЬ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Терапевт — это врач, который специализируется на общей практике, оказывая медицинскую помощь всему организму (a general practitioner is a doctor who specializes in general practice, providing whole-person medical). Тот объем знаний и ответственности, которым он обременен, сложно представить себе врачу другой специальности. От его компетентности, навыков и умений во многом зависит не только здоровье миллионов женщин сейчас, но и будет зависеть здоровье нескольких поколений в будущем. Врач-терапевт должен своевременно распознавать и дифференцировать острую и хроническую патологию в области гинекологии, своевременно направлять пациенток к акушеру-гинекологу или на госпитализацию в стационар, давать рекомендации по профилактике и сохранению репродуктивной функции, назначать эффективную и безопасную терапию соматических заболеваний во время гестации.

В настоящее время регламентирован осмотр беременной терапевтом не менее 2 раз за весь период течения нормальной беременности — не позднее 14 дней от первичного обращения к акушеру-гинекологу, когда был установлен факт беременности, а также в III триместре беременности [1]. При этом следует отметить,

что первичная врачебная помощь, оказываемая в амбулаторно-поликлинических учреждениях участковыми врачами-терапевтами, является для беременных наиболее доступной, поэтому они могут обращаться за помощью в связи с наличием различных симптомов именно в поликлинику; это обстоятельство выводит обязанности участкового врача-терапевта за рамки двух обязательных плановых приемов.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь беременным оказывается врачами общей практики, которые в случае выявления осложнений течения беременности или послеродового периода обеспечивают консультацию акушера-гинеколога. Вместе с этим, как и в случае с другими группами населения, к задачам врача первичного звена относится **диагностика и лечение соматической патологии**, однако работа с беременными требует знания особенностей течения как нормальной беременности с характерными для нее симптомами, так и особенностей диагностики и лечения собственно соматических заболеваний. Последнее обстоятельство закреплено в профессиональном стандарте врача-терапевта участкового, а именно в трудовой функции по назначению лечения и контролю за его безопасностью и эффективностью, в том числе у беременных [2]. Кроме того, врач-терапевт должен знать показания к экстренной госпитализации беременной при соматической патологии.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НА ЭТАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ, В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Еще одной стороной вопроса о роли участкового терапевта является **профилактическая работа**. Первичная медико-санитарная помощь включает проведение диспансеризации и медицинских осмотров, и врач-терапевт играет наиболее ответственную роль в раннем выявлении хронических заболеваний и их факторов риска, предупреждении возникновения и развития заболеваний и их осложнений, формировании приверженности к здоровому образу жизни, а при развитии заболеваний — к их лечению.

Участие врача-терапевта в профилактической работе с женщинами начинается с этапа прегравидарной подготовки: к этой работе относятся профилактическое консультирование женщин и мужчин, проведение диспансеризации, по результатам которой выявляются основные факторы риска хронических заболеваний и состояний, потенциально влияющих на вероятность зачатия и вынашивания беременности. При наличии показаний терапевт вправе расширить спектр диагностических мероприятий, выходя за рамки диспансе-

ризации. Он обязан обратить внимание женщины на необходимость профилактического осмотра акушера-гинеколога, а мужчину при наличии показаний направить на консультацию к урологу.

Обязательным компонентом профилактических мероприятий служит коррекция образа жизни. Всем пациентам рекомендована нормализация массы тела, отказ от вредных привычек, соблюдение принципов рационального питания и поддержание адекватной физической активности. Питание при беременности должно подчиняться правилу «есть лучше, а не больше». Соблюдение здорового типа питания, например средиземноморской или DASH-диеты, сопряжено со снижением риска гестационных и перинатальных осложнений [3]. Начиная с планирования беременности, немаловажное значение имеет и поддержание нормальных уровней микронутриентов — фолиевой кислоты, йода, железа, витамина D, недостаток которых увеличивает риск осложнений гестации и послеродового периода, а также негативных последствий для ребенка [4, 5].

Адекватная физическая активность у беременных сопряжена с уменьшением риска акушерских осложнений, сохранением благоприятного психоэмоционального состояния и препятствует чрезмерному набору массы тела. Физические упражнения беременным не противопоказаны, если они не связаны с чрезмерной нагрузкой или риском травматизации [6]. Оптимальной для них считается режим умеренной физической нагрузки 20–30 мин. каждый день. Кроме того, благоприятное влияние на течение беременности оказывают соблюдение режима сна и отдыха, ограничение стрессовых нагрузок. Беременным противопоказана работа, сопряженная с длительным стоянием, ионизирующим и электромагнитным излучением, ночной труд. Ежедневный отход ко сну не позднее 23:00 и его длительность 7–8 ч создают наилучшие условия для синтеза мелатонина и соматотропина [7].

Важным направлением является профилактика у беременных инфекций, в том числе респираторных. Одна из задач терапевта в этом аспекте — обеспечение вакцинации в соответствии с национальным календарем прививок. При планировании беременности проверяется наличие данных о вакцинации против краснухи, кори, дифтерии, столбняка, вирусного гепатита В, ветряной оспы. При наличии показаний осуществляется плановая вакцинация за 2–3 мес. до срока наступления планируемой беременности. Сезонная вакцинация против гриппа рекомендована в том числе беременным женщинам и проводится во II–III триместре беременности, а при высоком риске инфицирования — и в I триместре. При этом беременным не выполняется вакцинация живыми и аттенуированными вирусными вакцинами.

Также в рамках предупреждения инфекционных заболеваний может быть рекомендовано исключение из пищи сырой рыбы, строгий контроль за обработкой мяса, делегирование ухода за домашней кошкой и другие методы неспецифической профилактики. При заболевании ОРВИ беременных женщин, как группу риска, обязательно тестируют на грипп и COVID-19.

На сегодняшний день доказано, что неблагоприятно протекающая беременность может вносить как опосредованный, так и непосредственный вклад в формирование высокого сердечно-сосудистого риска (ССР), в связи с чем **послеродовый период**, особенно **отдаленный**, принципиально важен для снижения риска неблагоприятных кардиоваскулярных исходов. Неблагоприятные внутриутробные факторы, например гипергликемия у матери, могут влиять на развитие плода и программировать предрасположенность ребенка к хроническим заболеваниям, в том числе сердечно-сосудистым, в более позднем возрасте.

Результаты когортного исследования с медианой наблюдения 27,6 (17,2–37,4) года и участием 4 274 414 человек (возраст на момент завершения наблюдения 27 ± 15 лет, 49% женщин) подтвердили связь гипергликемии и любого типа сахарного диабета (СД) в период беременности с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у потомства. В нем была установлена ассоциация этих состояний с риском развития любых ССЗ (отношение шансов (ОШ) 1,16, 95% доверительный интервал (ДИ): 1,12–1,20), при этом риск был выше в группе женщин, имевших в анамнезе СД до беременности (ОШ 1,29; 95% ДИ: 1,21–1,38), чем в группе женщин с гестационным СД (ОШ 1,11, 95% ДИ: 1,05–1,17). У детей, родившихся у женщин с отягощенной беременностью, в будущем регистрировался высокий риск развития венозных тромбозов (ОШ 1,20, 95% ДИ: 1,07–1,34), ССЗ (ОШ 1,31; 95% ДИ: 1,12–1,52), фибрилляции предсердий (ОШ 1,27, 95% ДИ: 1,05–1,54) и сердечной недостаточности (ОШ 1,65; 95% ДИ: 1,37–2,0). Врожденные пороки сердца, преждевременные роды и крупный для гестационного возраста ребенок частично опосредовали эти связи [8].

К сожалению, на практике уделяется недостаточное внимание к наличию СД 2-го типа и дислипидемии, оценке факторов риска ССЗ у женщин. Согласно данным исследования Daly B. et al., на наличие СД 2-го типа, курения, дислипидемии в течение первого года после родов скринировали менее 60% женщин с гестационным СД [9].

В соответствии с современными клиническими рекомендациями и нормативными документами женщины, перенесшие в период гестации **гипертензивные нарушения** (гестационную артериальную гипертензию, преэклампсию/эклампсию),

гестационный СД, в связи с повышенным ССР должны находиться под наблюдением. Для уменьшения ССР в будущем необходимы ежегодные визиты к терапевту по месту жительства для контроля артериального давления и традиционных факторов риска, показателей липидного и углеводного обмена. Мероприятия по охране здоровья матери и ребенка с вовлечением акушеров, педиатров, врачей-терапевтов и врачей других специальностей, а также своевременное обследование сердечно-сосудистой системы у пациенток среднего возраста с отягощенным акушерским анамнезом могут существенно уменьшить бремя хронических неинфекционных заболеваний в будущем [10–13].

Наряду с вышесказанным к задачам профилактической работы с 2025 г. относится **диспансеризация репродуктивного здоровья** (ДРЗ) населения, касающаяся женщин и мужчин: ее целью служит выявление признаков заболеваний, способных негативно влиять на репродуктивную функцию, течение беременности, родов и послеродовой период, а также их факторов риска [14]. Ответственность по проведению ДРЗ женщин возложена на акушеров-гинекологов, мужчин — на урологов или хирургов. ДРЗ осуществляется одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра/диспансеризации. По ее результатам пациент относится к одной из трех групп здоровья, определяются показания к углубленному обследованию репродуктивного здоровья. Участковый врач-терапевт играет существенную роль в ДРЗ по нескольким причинам. Во-первых, низкая осведомленность и мотивированность населения в отношении профилактических мер не позволяет полагаться на широкий профилактический охват за счет самостоятельной обращаемости жителей России. Именно на этом этапе задачей участкового врача-терапевта является консультативная работа с пациентом на приеме: информирование о возможности прохождения диспансеризации, в том числе ДРЗ, ее целях и объемах, мотивирование пациента. Во-вторых, при установлении факторов риска хронических заболеваний и репродуктивных нарушений (II группа репродуктивного здоровья) пациенты направляются на дообследование и консультации, в том числе терапевта, с целью коррекции факторов риска.

Таким образом, задачи участкового врача-терапевта можно сформулировать следующим образом:

- профилактическое консультирование женщин при нормально протекающей беременности;
- диагностика, лечение и наблюдение за безопасностью и эффективностью лечения соматической патологии в период гестации;
- дифференциальная диагностика симптомов, возникших при нормально протекающей беремен-

ности, и симптомов, связанных с острыми или хроническими соматическими заболеваниями;

- своевременная маршрутизация беременных на консультации врачей-специалистов по направлению акушера-гинеколога либо при подозрении на соматическое заболевание;
- своевременная госпитализация беременной при выявлении неотложных состояний соматического и акушерского характера;
- наблюдение за женщиной в послеродовом периоде, в том числе отдаленном;
- консультативно-профилактическая работа с населением репродуктивного возраста, информирование и мотивирование пациентов к прохождению ДРЗ;
- коррекция факторов риска развития хронических заболеваний и репродуктивных нарушений, повышение приверженности здоровому образу жизни и лечению.

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

В настоящее время в рамках преподавания дисциплины «Поликлиническая терапия», целью которой служит формирование у студентов целостного представления о работе врачей первичного звена здравоохранения и подготовка к самостоятельной работе в качестве врачей амбулаторно-поликлинического звена, разработаны и внедрены учебные материалы, посвященные вопросам проведения ДРЗ, ведению соматической патологии в периоды беременности и лактации, оценке и управлению риском неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов у женщин в послеродовом периоде. В учебную программу циклов входят лекции «Соматическая патология у беременных в практике врача-терапевта поликлиники» и «Профилактические мероприятия в первичном звене здравоохранения» (последняя содержит материал по диспансеризации и оценке репродуктивного здоровья), кроме этого, на базе городских поликлиник проводятся клинико-практические занятия «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний», «Диспансеризация, профилактические медицинские осмотры». В рамках изучения отдельных нозологий и дифференциальной диагностики основных синдромов уделяется внимание ведению пациенток с беременностью, в том числе при острых респираторных инфекциях, инфекциях мочевыводящих путей и артериальной гипертензии. В электронную базу данных университета загружен видеомодуль «Диспансеризация мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья», доступный студентам для самостоятельного изучения.

Тем не менее ведение беременных на амбулаторном приеме остается сложной и комплексной задачей, требующей глубоких и разноплановых знаний от врача. В связи с этим необходимо дальнейшее совершенствование образовательных программ для студентов с целью формирования целостного и уверенного понимания практических вопросов работы с женщинами репродуктивного возраста, планирующими беременность, наблюдающимися с беременностью и в послеродовом периоде. Укрепление теоретических знаний и развитие необходимых компетенций у выпускников медицинских университетов в итоге должно способствовать повышению качества медицинской помощи.

С нашей точки зрения, дополнительные акценты целесообразно сделать на следующих вопросах:

- углубление знаний о безопасности лекарственной терапии острых и хронических заболеваний у женщин в период беременности и лактации;
- изучение критериев неотложных состояний при беременности и послеродовом периоде, принятие врачебных решений;
- отработка междисциплинарных взаимодействий при наблюдении за беременной женщиной;
- разбор пограничных клинических ситуаций, разграничение сфер ответственности врачей различных специальностей;
- отработка навыков коммуникации с беременной — информирование о риске заболеваний без вызова паники.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Проблема назначения лекарственной терапии в период беременности и кормления грудью, в репродуктивном возрасте при планировании беременности сохраняет высокий уровень актуальности, поскольку подавляющее большинство лекарственных средств не имеет доказательной базы эффективности и безопасности для этой категории пациенток из-за этических ограничений. Клинические исследования в этом направлении практически не проводятся, данные о безопасности препаратов по большей части основываются на данных пострегистрационных наблюдений, регистров и экспериментов на животных, которые не всегда могут быть экстраполированы на человека. При этом необходимо учитывать не только вопросы безопасности применения препаратов для плода, но и особенности меняющихся фармакодинамических и фармакокинетических характеристик лекарственных средств в условиях изменений организма женщины на протяжении всей беременности, тенденцию к позднему

деторождению, возрастание количества беременных с хроническими заболеваниями и связанную с этим необходимость постоянного применения лекарств, изменение структуры заболеваемости этой категории пациенток, полипрагмазию, отсутствие полной информации о безопасности препаратов для матери и плода [15]. Особенность выбора ряда лекарственных средств в репродуктивном возрасте при планировании беременности значима для обоих партнеров до наступления гестации с учетом их клинико-фармакологических характеристик и возможных отдаленных рисков для потомства.

Выбор лекарственных препаратов при планировании беременности, во время беременности и кормления грудью — сложная междисциплинарная задача, требующая привлечения ряда специалистов, единого понимания проблемы, единой терминологической платформы, единой тактики ведения пациентов. Назначение лекарственных средств в этих ситуациях строится на принципе осторожности и предупреждения, стратегии снижения клинических и юридических рисков.

Особенность выбора лекарств при планировании беременности заключается в достаточности времени (от 3 до 12 мес. — полный цикл сперматогенеза и фолликулогенеза) для замены препаратов с высоким риском тератогенного и токсического эффекта на относительно безопасные средства с оптимальными клинико-фармакологическими характеристиками (фармакодинамическими, фармакокинетическими, фармакогенетическими), учитывающими меняющиеся физиологические параметры организма беременной женщины. При планировании зачатия ребенка для мужчин важно учитывать не только цикл сперматогенеза, но и индекс фрагментации ДНК (DFI) сперматозоида.

Выбор лекарственных средств во время беременности и грудного вскармливания, в свою очередь, базируется на оценке соотношения «польза для матери / риск для плода», определении категории риска, учете срока гестации, клинико-фармакологических особенностей взаимодействия организма беременной и кормящей женщины с лекарственными средствами, а также на соблюдении правил применения лекарственных препаратов. Необходимо иметь в виду, что физиологические изменения организма при беременности развиваются нелинейно по триместрам, что приводит к разнонаправленным, прогностически значимым колебаниям фармакокинетических параметров и эффектов лекарственных средств [16]. Риски для плода при приеме лекарственных препаратов динамичны и зависят от срока гестации.

В I триместре наибольшее значение имеют такие параметры лекарственных средств, как риск тератогенности, уровень абсорбции и био-

доступности, особенности метаболизма. Высокая распространенность незапланированной беременности может быть связана с эффектом «случайной экспозиции» препаратов, что может усиливать риски нежелательных лекарственных явлений в этом периоде. Во II триместре вероятность развития системных пороков ниже, чем в I триместре, но некоторые препараты могут вызывать серьезные нарушения. Основные риски этого периода связаны с избирательной токсичностью лекарств, их влиянием на рост и функцию органов и тканей. Гестация значимо сказывается на изменении клинико-фармакологических характеристик лекарственных препаратов, что диктует необходимость пересмотра их дозирования и кратности введения. В III триместре риск формирования грубых анатомических дефектов минимален, так как процесс органогенеза в основном завершен. Однако на этом сроке сохраняется высокая угроза токсического поражения уже сформированных, но активно созревающих органов и систем плода. Организм женщины испытывает самые высокие физиологические нагрузки на все органы и системы, что меняет фармакокинетические и фармакодинамические параметры лекарственных препаратов и требует коррекции фармакотерапии.

Выбор лекарств во время лактации не предполагает категорических запретов на прием препаратов или на грудное вскармливание. Лечение матери не должно становиться причиной для отказа от грудного вскармливания, если это не связано с риском для ребенка и нет возможной альтернативы проводимой фармакотерапии. Риск оценивается с помощью ключевых показателей: относительной дозы лекарственного средства для младенца (RID — Relative Infant Dose — доза препарата, получаемая ребенком с грудным молоком, рассчитанная на килограмм веса ребенка относительно дозы матери на килограмм веса) [17] и соотношения концентраций лекарственного вещества в молоке и плазме крови матери (M/P — Milk/Plasma — фармакокинетический показатель, характеризующий способность проникновения лекарственного вещества в грудное молоко) [18].

Выбор препаратов для этих категорий пациентов все еще находится в зоне высокой неопределенности. Классификация лекарственных средств при беременности (A, B, C, D, X), разработанная и предложенная в США Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) в 1979 г., устарела [19]. Эта система не учитывала сроки гестации, грудное вскармливание, дозирование лекарственных препаратов с учетом физиологических изменений организма беременной женщины, особенности выбора лекарств при планировании беременности для женщин и муж-

чин, ограничивала принятие решения о выборе препаратов в сложных клинических ситуациях. В 2015 г. FDA изменило подход к маркировке лекарственных препаратов при беременности и лактации, введя правило PLLR – Pregnancy and Lactation Labeling Rule (правило маркировки в отношении беременности и лактации). PLLR требует внесения изменений в содержание и формат информации в инструкциях по применению рецептурных препаратов, чтобы помочь медицинским работникам в оценке соотношения их пользы и риска для беременных и кормящих грудью женщин, принятия взвешенных и обоснованных решений при назначении фармакотерапии. Согласно этим правилам, инструкция по применению лекарственных препаратов (DailyMed/NIH, США) должна содержать следующие разделы [20]:

- «Беременность» (Pregnancy) – описание риска лекарственных средств для плода, данные реестров препаратов, рекомендации относительно порядка применения препарата на различных сроках беременности, в период родов, коррекции доз при необходимости, мониторинга нежелательных явлений;
- «Лактация» (Lactation) – данные о том, какое количество препарата попадает в грудное молоко, рекомендации по режиму кормления;
- «Женщины и мужчины репродуктивного потенциала» (Females and Males of Reproductive Potential) – описание влияния препарата на фертильность (овуляцию и сперматогенез), информация о необходимости контрацепции во время лечения и ее сроков после окончания терапии, тестирования на беременность перед стартом терапии.

В России с 2016 г. действует утвержденное Советом Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 № 88 (в редакции 2025 г. № 18) наднациональное решение «О внесении изменений в требования к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата и общей характеристике лекарственного препарата для медицинского применения» [21]. Требования к инструкции медицинского применения лекарственного препарата, система PLLR стали не просто формальной заменой буквенных категорий, а концептуальным переходом от статичной оценки риска лекарственного средства для плода к динамической модели, в которой срок гестации рассматривается как критический переменный параметр изменения физиологии организма беременной женщины. Эффективность и безопасность лекарственных препаратов зависят от физиологических изменений организма матери на протяжении всей беременности. Сроки гестации выступают в роли ключевого модулятора фармакокинетических и фармакодинамических свойств лекарственных препаратов.

Изменилась и стратегия фармакотерапии при планировании беременности, в период беременности и грудного вскармливания, основанная на «управлении риском», когда здоровье матери является залогом здоровья плода, новорожденного, ребенка [22]. Изменение стратегии ведет к изменению тактики медикаментозного лечения на всех этапах в едином понятийном поле, «матрице решений» для всех участников междисциплинарной команды, особенно в сложных клинических ситуациях [23]. Одновременно с этим меняются и требования к компетенциям студентов, ординаторов, врачей, проходящих программы повышения квалификации по данному разделу: им необходимо не только знать перечень противопоказанных средств, но и уметь анализировать имеющиеся, порой противоречивые, данные, рассчитывать риски, принимать оптимальные решения и юридически грамотно оформлять свои назначения. Фрагментарное включение темы в смежные дисциплины не обеспечивает достаточного формирования необходимых компетенций.

В связи с этим отдельного внимания в подготовке врача-терапевта первичного звена заслуживает такая проблема, как приобретенная (аутоиммунная) тромбофилия (антифосфолипидный синдром). В отличие от наследственных тромбофилий, значение которых для акушерских исходов остается предметом дискуссии, антифосфолипидный синдром представляет собой одну из немногих потенциально корригируемых причин привычного невынашивания, преэклампсии ранних сроков, антенатальной гибели плода и тяжелой фетоплацентарной недостаточности, а также независимый фактор риска венозных и артериальных тромбозов у женщин [24, 25]. Именно поэтому у пациентки репродуктивного возраста с отягощенным акушерским анамнезом, эпизодом тромбоза в молодом возрасте, тромбоцитопенией или сетчатым ливедо участковый терапевт должен рассматривать антифосфолипидный синдром как диагностическую гипотезу и своевременно направлять женщину к ревматологу и акушеру-гинекологу, не ограничиваясь исследованием полиморфизмов генов гемостаза.

Для формирования клинического мышления существенно понимание того, что диагноз «антифосфолипидный синдром» является клинико-лабораторным и требует подтверждения персистенции антифосфолипидных антител (волчаночного антикоагулянта, антител к кардиолипину и к $\beta 2$ -гликопротеину I классов IgG/IgM) при повторном исследовании. В 2023 г. Американской коллегией ревматологов (American College of Rheumatology, ACR) и Европейским альянсом ассоциаций ревматологов (European Alliance of Associations for Rheumatology, EULAR) предложены новые классификационные критерии анти-

фосфолипидного синдрома, построенные по аддитивному взвешенному принципу с выделением 6 клинических (включая акушерский) и 2 лабораторных доменов; их специфичность существенно выше по сравнению с пересмотренными критериями Сиднея 2006 г. (99 против 86%) при несколько меньшей чувствительности (84 против 99%) [26]. Для клинической практики принципиально важна оценка профиля антител: тройная позитивность и наличие волчаночного антикоагулянта определяют высокий риск как тромботических, так и акушерских осложнений [24].

На этапе прегравидарной подготовки важной задачей является заблаговременный, еще до зачатия, перевод пациентки на препараты с приемлемым профилем безопасности при беременности. Антагонисты витамина К, применяемые при тромботическом варианте антифосфолипидного синдрома, обладают тератогенным потенциалом при экспозиции в период 6–12 нед. гестации, в связи с чем при планировании беременности предусматривается переход на низкомолекулярные гепарины (НМГ) сразу после подтверждения беременности либо до зачатия. Прямые пероральные антикоагулянты не должны применяться у пациенток с тройной позитивностью по антифосфолипидным антителам и не рекомендованы при беременности [24, 25]. Женщинам-«носителям» антифосфолипидных антител высокого риска, а также имеющим акушерский антифосфолипидный синдром в анамнезе вне беременности, рекомендуется прием низких доз ацетилсалициловой кислоты [24]. Иммуносупрессивная терапия сопутствующего заболевания (при вторичном антифосфолипидном синдроме на фоне системной красной волчанки) должна быть пересмотрена заранее: метотрексат отменяют за 1–3 мес., микофенолата мофетил — не менее чем за 6 нед. до зачатия, тогда как применение гидроксихлорохина может быть продолжено на всех сроках гестации [27].

В период беременности стандартом ведения акушерского антифосфолипидного синдрома служит комбинация низкодозовой ацетилсалициловой кислоты и НМГ в профилактической дозе, при наличии тромбоза в анамнезе применяются лечебные дозы НМГ [24, 27]. Такая тактика позволяет достичь частоты живорождения порядка 70% и более [25]. Терапевту важно понимать сопутствующие задачи мониторинга длительной гепаринотерапии — контроль числа тромбоцитов, оценку риска остеопении, коррекцию дозы при изменении массы тела и функции почек.

Послеродовой период сопряжен с максимальным риском венозных тромбэмболических осложнений, в связи с чем антикоагулянтная профилактика продолжается после родов с возобновлением применения антагонистов витамина К у пациенток с тромботическим антифосфолипидным син-

дромом через несколько часов после родоразрешения с учетом способа родоразрешения и риска кровотечения [27, 28]. Использование варфарина, НМГ и низких доз ацетилсалициловой кислоты допустимо в период грудного вскармливания, тогда как прямые пероральные антикоагулянты во время лактации не рекомендованы. В отдаленном периоде женщина с антифосфолипидным синдромом нуждается в наблюдении терапевта как пациентка высокого ССР и обязательной коррекции модифицируемых факторов риска.

Таким образом, аутоиммунная тромбофилия выступает наглядной моделью междисциплинарной клинической задачи, на которой в процессе обучения целесообразно отрабатывать как навык маршрутизации пациентки, так и принципы выбора лекарственной терапии на всех этапах — от прегравидарной подготовки до отдаленного послеродового периода, а значит, объединять врачебные знания и навыки в рамках диалога терапевта, акушера-гинеколога, ревматолога и клинического фармаколога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задачи по сохранению репродуктивного здоровья, наблюдению за течением беременности и состоянием здоровья женщин в послеродовом периоде, включая отдаленный период, являются междисциплинарными, требующими глубоких знаний у врачей разных специальностей, которые участвуют в принятии решений. В связи с этим обучение студентов высших медицинских образовательных учреждений по клиническим специальностям должно быть комплексным, учитывающим вопросы ведения беременных женщин, начиная с фундаментальных предметов, и последовательно раскрывающимся в рамках различных клинических дисциплин от понимания физиологических изменений в организме беременной на всем протяжении беременности, критических периодов развития плода, категорий риска, клинико-фармакологических характеристик лекарственных средств и их эффектов на всех этапах (от планирования беременности, беременности до грудного вскармливания) к формированию клинического мышления, навыков принятия решений в выборе препаратов в определенной клинической ситуации для этих категорий пациентов.

Для формирования целостного и систематизированного взгляда будущего врача-терапевта на здоровье женщины видится целесообразным создание отдельного обучающего курса или отдельной образовательной траектории. В качестве методологической основы, наряду с теоретическими занятиями, нацеленными на выработку у студентов умений дифференцировать особенности (изменения) физиологии беременной и некоторые сома-

тические заболевания, консультировать беременных и кормящих женщин по вопросам питания, а также допустимости применения различных лекарственных препаратов, возможно проведение тренингов-консилиумов как методики обучения междисциплинарному взаимодействию. Вероятно,

для решения указанной задачи потребуется введение факультативов (отдельных небольших блоков) на фундаментальных кафедрах анатомии, физиологии, патофизиологии, биохимии и фармакологии, посвященных аспектам ведения беременных с соматической патологией.



ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. КонсультантПлюс. Приказ Минздрава России от 19.12.2025 № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю "Акушерство и гинекология"» [зарегистрировано в Минюсте России 30.12.2025 № 84894]. Доступ: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_523677/ [дата обращения – 23.07.2026]. [ConsultantPlus. Order of the Ministry of Healthcare of Russia No. 747n dated December 19, 2025, "On the Procedure for Providing Medical Care in the Field of Obstetrics and Gynecology" (registered with the Ministry of Justice of Russia on December 30, 2025, No. 84894). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_523677/ (date of access – 23.07.2026) (In Russ.)].
2. КонсультантПлюс. Приказ Министерства труда и социальной защиты России от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)"» [зарегистрировано в Минюсте России 06.04.2017 № 46293]. Доступ: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_215436/ [дата обращения – 23.07.2026]. [ConsultantPlus. Order of the Ministry of Labor and Social Protection of Russia No. 293n dated March 21, 2017, "On Approval of the Professional Standard 'General Practitioner (District General Practitioner)'" (registered with the Ministry of Justice of Russia on April 6, 2017, No. 46293). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_215436/ (date of access – 23.07.2026) (In Russ.)].
3. Li M, Grewal J, Hinkle SN, Yisahak SF, Grobman WA, Newman RB, et al. Healthy dietary patterns and common pregnancy complications: a prospective and longitudinal study. *Am J Clin Nutr.* 2021;114(3):1229–37. PMID: 34075392. PMCID: PMC8408886. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab145>
4. Thakur GK, Shankar H, Arora TK, Kulkarni B. Role of mineral nutrients other than iron in pregnancy: Under recognized opportunities to improve maternal/fetal outcomes: A literature review. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;309(3):895–905. PMID: 37698602. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07183-6>
5. Marshall NE, Abrams B, Barbour LA, Catalano P, Christian P, Friedman JE, et al. The importance of nutrition in pregnancy and lactation: Lifelong consequences. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(5):607–32. PMID: 34968458. PMCID: PMC9182711. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.035>
6. Клинические рекомендации. Нормальная беременность. Российское общество акушеров-гинекологов. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. 2024. ID: 288_2. Доступ: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/288_2 [дата обращения – 23.07.2026]. [Clinical guidelines. Normal pregnancy. Russian Society of Obstetricians and Gynecologists. Rubricator of clinical guidelines of the Ministry of Healthcare of Russia. 2024. ID: 288_2. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/288_2 (date of access – 23.07.2026) (In Russ.)].
7. Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Прегравидарная подготовка. Клинический протокол. Версия 3.1. М.: Редакция журнала StatusPraesens. 2024; 122 с. [Interdisciplinary Association of Reproductive Medicine Specialists. Preconception preparation. Clinical protocol. Version 3.1. Moscow: StatusPraesens Journal Editorial Office. 2024; 124 pp. (In Russ.)]. ISBN: 978-5-907218-95-6.
8. Mo X, Janszky I, Wang H, Yang F, Moller J, Liang Y, Laszlo KD. Maternal diabetes and risk of early-onset cardiovascular diseases in offspring. *JAMA Cardiol.* 2026;11(7):642–50. PMID: 42126857. PMCID: PMC13173430 [available on 2027-05-13]. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2026.0915>
9. Daly B, Toulis KA, Thomas N, Gokhale K, Martin J, Webber J, et al. Increased risk of ischemic heart disease, hypertension, and type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus, a target group in general practice for preventive interventions: A population-based cohort study. *PLoS Med.* 2018;15(1):e1002488. PMID: 29337985. PMCID: PMC5770032. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002488>. Erratum in: *PLoS Med.* 2019;16(7):e1002881. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002881>
10. Шперлинг М.И., Косулина В.М., Тимофеев Ю.С., Любимова Н.В., Климанов И.А., Джиева О.Н., Драпкина О.М. Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса у женщин среднего возраста и неблагоприятные факторы и исходы беременности в анамнезе. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2026;22(1):4–13. [Shperling MI, Kosulina VM, Timofeev YuS, Lyubimova NV, Klimanov IA, Dzhirova ON, Drapkina OM. Heart failure with preserved ejection fraction in middle-aged women and history of adverse pregnancy outcomes. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii = Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2026;22(1):4–13 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2026-3238>
11. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Общероссийская общественная организация «Российское научное медицинское общество терапевтов». Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. 2024. ID: 62_3. Доступ: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/62_3 [дата обращения – 23.07.2026]. [Clinical guidelines. Arterial hypertension in adults. Russian Society of Cardiology, Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine. Rubricator of clinical guidelines of the Ministry of Healthcare of Russia. 2024. ID: 62_3. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3 (date of access – 23.07.2026) (In Russ.)].
12. Клинические рекомендации. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Российское общество акушеров-гинекологов. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. 2024. ID: 637_2. Доступ: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/637_2 [дата обращения – 23.07.2026]. [Clinical guidelines. Preeclampsia. Eclampsia. Edema, proteinuria, and hypertensive disorders during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Russian Society of Obstetricians and Gynecologists. Rubricator of clinical guidelines

- of the Ministry of Healthcare of Russia. 2024. ID: 637_2. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/637_2 [date of access – 23.07.2026] [In Russ.]].
13. Клинические рекомендации. Сахарный диабет 2 типа у взрослых. Российская ассоциация эндокринологов. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. 2022. ID: 290_2. Доступ: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/290_2 [дата обращения – 23.07.2026]. [Clinical guidelines. Type 2 diabetes mellitus in adults. Russian Association of Endocrinologists. Rubricator of clinical guidelines of the Ministry of Healthcare of Russia. 2022. ID: 290_2. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/290_2 [date of access – 23.07.2026] [In Russ.]].
 14. КонсультантПлюс. Письмо Минздрава России от 08.04.2024 № 17-6/И/2-6434 «О направлении Методических рекомендаций по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья» (вместе с «Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья», утв. Минздравом России 29.03.2024). Доступ: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_474533/ [дата обращения – 23.07.2026]. [ConsultantPlus. Letter from the Ministry of Healthcare of Russia dated April 8, 2024, No. 17-6/И/2-6434 "On the transmission of methodological recommendations on the medical examination of men and women of reproductive age for the purpose of assessing reproductive health" (together with the "Methodological recommendations on the medical examination of men and women of reproductive age for the purpose of assessing reproductive health," approved by the Ministry of Healthcare of Russia on March 29, 2024). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_474533/ [date of access – 23.07.2026] [In Russ.]].
 15. Platt CL, Hahn NM. Review of pharmacology of medications during pregnancy. *Semin Perinatol.* 2025;49(4):152073. PMID: 40221297. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2025.152073>
 16. Clinical pharmacology during pregnancy. Second edition. Edited by Mattison DR, Halbert LA. London: Academic Press. 2022; 480 pp. ISBN 978-0-12-818902. <https://doi.org/10.1016/C2018-0-04172-9>
 17. Bennet PN, Notarianni LJ. Risk from drugs in breast milk: An analysis by relative dose. *Br J Clin Pharmacol.* 1996;42(5):673–74.
 18. Abduljalil K, Faisal M. Impact of milk pH and fat content on the prediction of milk-to-plasma ratio: Knowledge gap and considerations for lactation study design and interpretation. *Clin Pharmacokinet.* 2024;63(11):1561–72. PMID: 39453598. <https://doi.org/10.1007/s40262-024-01432-w>
 19. Federal Register [The Daily Journal of the United States Government]. Requirements on content and format of labeling for human prescription drugs and biologics; Requirements for prescription drug product labels. CFR 201.56 and 201.57, 1979. URL: https://archives.federalregister.gov/issue_slice/1979/6/26/37427-37467.pdf [date of access – 23.07.2026].
 20. Federal Register [The Daily Journal of the United States Government]. Content and format of labeling for human prescription drug and biological products; Requirements for pregnancy and lactation labeling. A rule by the Food and Drug Administration on 12/04/2014. URL: <https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/04/2014-28241/content-and-format-of-labeling-for-human-prescription-drug-and-biological-products-requirements-for> [date of access – 23.07.2026].
 21. КонсультантПлюс. Решение совета Евразийской экономической комиссии от 21.02.2025 г. № 18 «О внесении изменений в требования к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата и общей характеристике лекарственного препарата для медицинского применения». Доступ: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_501307/ [дата обращения – 23.07.2026]. [ConsultantPlus. Decision of the Council of the Eurasian Economic Commission No. 18 dated February 21, 2025, "On amending the requirements for the instructions for medical use of a medicinal product and the summary of product characteristics for a medicinal product for medical use." URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_501307/ [date of access – 23.07.2026] [In Russ.]].
 22. Решетько О.В., Луцевич К.А. Здоровье женщины во время беременности. Клиническая фармакология. Монография. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2022; 200 с. [Reshetko OV, Lutsevich KA. Women's health during pregnancy. Clinical pharmacology. Monograph. Moscow: GEOTAR-Media. 2022; 200 pp. [In Russ.]]. ISBN: 978-5-9704-6638-4. EDN: TCERIZ. <https://doi.org/10.33029/9704-6638-4-ZDR-2022-1-200>
 23. Ильенко Л.И., Орлова Н.В., Шалина Р.И., Проценко Д.Н., Милушкина О.Ю., Васильева И.А. с соавт. Соматические заболевания во время беременности [междисциплинарный консенсус]. Учебно-методическое пособие. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2026; 528 с. [Ilyenko LI, Orlova NV, Shalina RI, Protsenko DN, Milushkina OYu, Vasilyeva IA, et al. Somatic Diseases during pregnancy (Interdisciplinary Consensus). Educational and methodological manual. 2nd ed., revised and expanded. Moscow: GEOTAR-Media. 2026; 528 pp. [In Russ.]]. ISBN: 978-5-9704-9729-6. EDN: IUDGWJ. <https://doi.org/10.33029/9704-9729-6-SDP-2026-1-528>
 24. Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M, Amoura Z, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(10):1296–304. PMID: 31092409. PMCID: PMC11034817. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215213>
 25. Rahman A. Management of antiphospholipid syndrome. *Clin Rheumatol.* 2020;39(7):2111–14. PMID: 32458245. <https://doi.org/10.1007/s10067-020-05183-4>
 26. Barbhuiya M, Zuily S, Naden R, Hendry A, Manneville F, Amigo MC, et al.; ACR/EULAR APS Classification Criteria Collaborators. The 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Arthritis Rheumatol.* 2023;75(10):1687–702. PMID: 37635643. <https://doi.org/10.1002/art.42624>
 27. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org; Silver R, Craig S, Porter F, Osmundson SS, Kuller JA, Norton ME. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #64: Systemic lupus erythematosus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;228(3):B41–B60. PMID: 36084704. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.09.001>
 28. Lee EE, Jun JK, Lee EB. Management of women with antiphospholipid antibodies or antiphospholipid syndrome during pregnancy. *J Korean Med Sci.* 2021;36(4):e24. PMID: 33496084. PMCID: PMC7834901. <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e24>

Поступила/Received: 17.04.2026

Получены положительные рецензии / Positive reviews received: 11.07.2026

Принята в печать / Accepted: 20.09.2026

**ВКЛАД АВТОРОВ**

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и подготовки статьи.

AUTHORS' CONTRIBUTION

The authors contributed equally to all stages of the study and preparation of the article.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Григорий Павлович Арутюнов, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, директор Института клинической медицины, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней № 1 Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: gparutyunov@euat.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6645-2515>

Вера Николаевна Ларина, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: larinav@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7825-5597>

Елена Евгеньевна Ильина, к. м. н., доцент, заместитель директора Института клинической медицины, заведующий учебной частью кафедры госпитальной терапии им. академика П.Е. Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: elenila-il@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9541-995X>

Алеся Александровна Клименко, д. м. н., доцент, заместитель директора Института клинической медицины, заведующий кафедрой факультетской терапии им. академика А.И. Нестерова Института клинической медицины, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: aaklimenko@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7410-9784>

Иван Геннадьевич Гордеев, д. м. н., профессор, заместитель директора Института клинической медицины, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е. Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: cardio-15@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3233-4369>

Ольга Юрьевна Милушкина, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, проректор по учебной работе, директор Института профилактической медицины имени З.П. Соловьева, заведующий кафедрой гигиены ИПМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: milushkina_o@rsmu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6534-7951>

Лидия Ивановна Ильенко, д. м. н., профессор, директор Института материнства и детства, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии № 2 Института материнства и детства ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: llyenko_LI@rsmu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8375-4569>

Татьяна Юльевна Демидова, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой эндокринологии Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: t.y.demidova@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6385-540X>

Наталья Вадимовна Теплова, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии им Ю.Б. Белоусова Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: teplova.nv@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4259-0945>

Гульнара Рифхатовна Зарипова, к. м. н., доцент кафедры клинической фармакологии им Ю.Б. Белоусова Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: zaripova-g@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3763-6646>

Юлия Анатольевна Филяева, к. м. н., врач – акушер-гинеколог, главный врач медицинского центра «Леоклиник», Москва, Российская Федерация.

E-mail: medwoman@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3713-5875>

Сергей Евгеньевич Козырев, ассистент кафедры поликлинической терапии Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: sergei.kozyrev@bk.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1221-3594>

Татьяна Николаевна Миронова, к. м. н., доцент кафедры поликлинической терапии Института клинической медицины ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.
E-mail: miroнова.tanya.90@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6430-7111>

Анна Викторовна Соколова, к. м. н., доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней № 1 Института клинической медицины, ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: sokolova_av@rsmu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0823-9190>

Дмитрий Олегович Драгунов, к. м. н., доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней № 1 Института клинической медицины ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация.

E-mail: Dragunov_do@rsmu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1059-8387>

ABOUT THE AUTHORS

Gregory P. Arutyunov, MD, Dr. Sci. (Medicine), professor, corresponding member of RAS, director of the Institute of clinical medicine, head of the Department of propedeutics of internal diseases No. 1 of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: gparutyunov@euat.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6645-2515>

Vera N. Larina, MD, Dr. Sci. (Medicine), professor, head of the Department of outpatient therapy of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: larinav@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7825-5597>

Elena E. Ilyina, MD, PhD (Medicine), associate professor, deputy director of the Institute of clinical medicine, head of the academic part of Department of hospital therapy named after academician P.E. Lukomsky of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: elenila-il@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9541-995X>

Alesya A. Klimentko, MD, Dr. Sci. (Medicine), associate professor, deputy director of the Institute of clinical medicine, head of the Department of faculty therapy named after academician A.I. Nesterov of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: aaklimentko@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7410-9784>

Ivan G. Gordeev, MD, Dr. Sci. (Medicine), professor, deputy director of the Institute of clinical medicine, head of the Department of hospital therapy named after academician P.E. Lukomsky of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: cardio-15@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3233-4369>

Olga Yu. Milushkina, MD, Dr. Sci. (Medicine), professor, corresponding member of RAS, vice-rector for academic affairs, director of the Z.P. Solovyov Institute of preventive medicine, head of the Department of hygiene of the Institute of preventive medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: milushkina_o@rsmu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6534-7951>

Lidia I. Ilenko, MD, Dr. Sci. (Medicine), professor, director of the Institute of maternal and child health, head of the Department of hospital pediatrics No. 2 of the Institute of maternal and child health, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: Ilyenko_LI@rsmu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8375-4569>

Tatiana Yu. Demidova, MD, Dr. Sci. (Medicine), professor, head of the Department of endocrinology of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: t.y.demidova@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6385-540X>

Natalya V. Teplova, MD, Dr. Sci. (Medicine), professor, head of the Department of clinical pharmacology named after Yu.B. Belousov of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: teplova.nv@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4259-0945>

Gulnara R. Zaripova, MD, PhD (Medicine), associate professor of the Department of clinical pharmacology named after Yu.B. Belousov of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: zaripova-g@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3763-6646>

Julia A. Filyaeva, MD, PhD (Medicine), obstetrician-gynecologist, chief physician of Leoclinic Medical Center, Moscow, Russian Federation.

E-mail: medwoman@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3713-5875>

Sergey E. Kozyrev, MD, assistant at the Department of outpatient therapy of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: sergei.kozyrev@bk.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1221-3594>

Tatiana N. Mironova, MD, PhD (Medicine), associate professor of the Department of outpatient therapy of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: mironova.tanya.90@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6430-7111>

Anna V. Sokolova, MD, PhD (Medicine), associate professor of the Department of internal medicine propaedeutics No. 1 of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: sokolova_av@rsmu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0823-9190>

Dmitrii O. Dragunov, MD, PhD (Medicine), associate professor of the Department of internal medicine propaedeutics No. 1 of the Institute of clinical medicine, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation.

E-mail: Dragunov_do@rsmu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1059-8387>